

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS CARREL

Année 1972 - N° 66

**LE PSYCHIATRE A L'ASILE
A PROPOS DE SON ANGOISSE
AVEC "LE FOU"**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Elise GELET, née KLEENSANG

née le 30 Novembre 1942

à LORIENT (Morbihan)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS CARREL

Année 1972 - N°

LE PSYCHIATRE À L'ASILE
À PROPOS DE SON ANGOISSE
AVEC "LE FOUL"

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 2 Mai 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Philippe LEBLANC

né le 10 Mars 1944 à

à LORENT (MORHANG)

https://archive.org/details/IA41552607_0025

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. ALEXIS CARREL

Année 1972 - N°

**LE PSYCHIATRE A L'ASILE
A PROPOS DE SON ANGOISSE
AVEC "LE FOU"**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 3 Mai 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Elise GELET, née KLEENSANG

née le 30 Novembre 1942

à LORIENT (Morbihan)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- Président de l'Université : J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : R. TOURAINE

Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

Médecine — Grange Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.
Alexis Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.
Sud-Ouest - Directeur : Professeur TOLOT F.
Lyon-Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Docteur CZYBA R. (Maître de Conférences agrégé) -

Techniques de Réadaptation - Directeur : Professeur MOUNIER-KUHN P

Sciences Pharmaceutiques : Directeur : M. CARRAZ M. (Maître de Conférences Agrégé) -

Sciences odontologiques : Directeur : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur :
Professeur R. GUILLET -

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique - Directeur : Professeur DUFAY

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON

Sciences de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie - Directeur : Professeur CHANEL J.

Institut universitaire de technologie n° 1 - Directeur :
Professeur FEUVRAIS L.

Institut universitaire de technologie n° 2 - Directeur :
Professeur GALLET, Directeur ENSAM -

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J. H.

Physique nucléaire - Directeur : Professeur SARRAZIN A.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT
DE L'U.E.R. ALEXIS CARREL

(COLLEGE A)

1er Cycle :

Anatomie – M. le Professeur BOUCHET Alain

Biologie – M. le Professeur GIROD Christian

Chimie-Biochimie – M. le Professeur COLOBERT Louis

M. NOFRE Claude, Maître de Conférences Agrégé

Histologie-Embryologie – M. le Professeur GIROD Christian

Mathématiques et Statistiques – M. SITE Jean, Maître de Conférences Agrégé

Physiologie – M. PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé

Physique-Biophysique – M. le Professeur BERGER Michel

Psychologie médicale – M. GUYOTAT Jean, Maître de Conférences Agrégé

Sciences Sociales et Economie médicale – M. le Professeur ROCHE Louis.

2ème Cycle :

Anatomie pathologique – M. le Professeur TOMMASI Michel

M. LOIRE Robert, Maître de Conférences Agrégé

Bactériologie – M. FLEURETTE Jean, Maître de Conférences Agrégé

Cardiologie – M. le Professeur FROMENT Roger

M. le Professeur GONIN André

M. le Professeur MARET Gilbert

Chirurgie digestive – M. le Professeur GOINARD Pierre

Chirurgie générale – M. le Professeur LIARAS Henri

M. DESCOTES Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie infantile – M. DAUDET Maurice, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie osseuse et orthopédique – M. le Professeur DE MOURGUES Georges

M. COMTET Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Dermatologie – M. MOULIN Georges, Maître de Conférences Agrégé

Endocrinologie – M. le Professeur MORNEX René

Gastro-entérologie – M. BEL André, Maître de Conférences Agrégé

Génétique générale – M. HERMIER Michel, Maître de Conférences Agrégé

Gynécologie — M. X

Hémobiologie — M. MOREL Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Hygiène — M. SEPETJIAN Maurice, Maître de Conférences Agrégé

Maladies infectieuses — M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Maladie du sang — M. le Professeur REVOL Louis

Médecine expérimentale — M. le Professeur MORNEX René

Médecine Légale — M. le Professeur ROCHE Louis

Médecine du Travail — M. le Professeur BOURRET Jacques

Néphrologie — M. FRANCOIS Bernard, Maître de Conférences Agrégé

Neuro-chirurgie — M. le Professeur MANSUY Louis

Neurologie — M. le Professeur DEVIC Michel

M. AIMARD Gilbert, Maître de Conférences Agrégé

Obstétrique — M. GARMIER René, Agrégé

Ophthalmologie — M. PAUPERT-RAVAULT Maurice, Maître de Conférences Agrégé

Oto-Rhino-Laryngologie — M. le Professeur MOUNIER-KUHN Pierre

Parasitologie — M. X

Pédiatrie — M. le Professeur FRANCOIS René

Pharmacologie — M. X

Pneumo-phtisiologie — M. TOURAINE Roger, Maître de Conférences Agrégé

Psychologie — M. GUYOTAT Jean, Maître de Conférences Agrégé

Radiologie — M. BUFFARD Pierre, Maître de Conférences Agrégé

M. CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé

Rhumatologie — M. MEUNIER Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie chirurgicale — M. le Professeur FRANCILLON Jacques

M. VIGNAL Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie médicale — M. VIALA Jean-Jacques, Maître de Conférences Agrégé

Stomatologie — M. le Professeur FREIDEL Jacques

Urgence-Réanimation — M. DELEUZE Raymond, Maître de Conférences Agrégé

Mme ESTANOVE Suzanne, Maître de Conférences Agrégé

Urologie — M. CIBERT Jacques, Maître de Conférences Agrégé.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur P. GIRARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur M. DEVIC

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Monsieur le Professeur Agrégé G. AIMARD

Monsieur le Professeur H. MALDINEY

Monsieur le Docteur P. BALVET.

A ALBERT,

A MARC.

A MARIA, in memoriam.

A MON PERE, A MA MERE.

A LA FAMILLE D'ALBERT.

A MES AMIS.

Certains m'ont beaucoup aidé à continuer ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

A Monsieur Le Professeur Paul GIRARD

Nous le remercions d'avoir accepté de présider ce jury d'une thèse de psychiâtrie.

Au cours d'un semestre d'externat passé dans son service nous avons pu apprécier ses brillantes qualités intellectuelles.

Nous l'assurons de notre respect.

A NOS JUGES

A Monsieur le Professeur MALDINEY

Son aide nous a été précieuse et même irremplaçable pour continuer ce travail.

Nous regrettons de n'avoir pas pu bénéficier plus tôt de son enseignement.

Nous l'assurons ici de notre respect et de notre admiration.

A Monsieur le Professeur M. DEVIC

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre thèse.

Lors de notre semestre d'externat passé dans son service, il nous a fait preuve de beaucoup de courtoisie et d'indulgence et même de gentillesse.

Nous l'en remercions. Nous l'assurons de notre respect.

A Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Nous le remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Il a toujours été indulgent pour nos longues absences lors de l'année d'internat passée dans son service.

Nous regrettons de n'avoir pu bénéficier plus tôt de son enseignement.

Nous l'assurons de notre respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé G. AIMARD

Pour parler comme lui le "lacanien" nous lui dirons qu'il est plus que tout autre le "lieu du double".

Nous savons, en effet, que son armure d'intelligence caustique parfois féroce cache bonté et même tendresse.

Nous l'en remercions.

Monsieur le Docteur GAMBS

Nous sommes interne dans son service.

Nous sommes sûre qu'il a beaucoup à nous apprendre sur la psychiatrie et nous espérons qu'il saura "ouvrir" ces pavillons tristes où aucun enfant ne rit ni ne parle.

Nous l'assurons de notre respect.

A ceux qui nous ont fait connaître la psychiatrie :

- les malades,
- les infirmiers. *Certains se reconnaîtront et nous les assurons de notre admiration.*

Madame le Docteur REYSS-BRION

Nous avons pris contact avec la psychiatrie dans son service.

Nous la remercions d'avoir su nous agresser et nous protéger dans des proportions structurantes.

Monsieur le Docteur BALVET

Il nous a proposé ce sujet de thèse de sa manière ambiguë.

On pourrait dire de lui, comme on l'a dit de Voltaire "Monsieur le Multi-forme".

Du haut du donjon neuro-psychiatrique d'en face, on l'aurait vu "faire la visite à quatre pattes".

Il en serait capable.

Il quittera l'hôpital dans quelques mois, pourtant il a su rester le plus jeune parmi ses confrères et même parmi ses élèves.

Nous lui disons ici, notre respect, notre admiration, notre reconnaissance pour le bonheur que nous avons eu à travailler avec lui.

Monsieur le Docteur BECACHE

Nous avons été interne dans son service.

Il nous a beaucoup aidé, sans le savoir, à faire ce travail.

Nous l'en remercions.

INTRODUCTION

L'OBJET DE LA THESE

L'angoisse surgit là où la rencontre tente de se faire, c'est-à-dire quand le médecin est dépouillé de son savoir, de la puissance que lui confère son stylo-prescripteur ; quand le malade a laissé ses conduites asilaires et franchi la respectueuse distance. L'angoisse surgit à ce moment où le médecin découvre dans son malade cet Autre, étranger, qui lui "ressemble comme un frère", cet Autre au corps morcelé, cet Autre d'angoisse et de désespoir qui lui ressemble comme un frère.

Mais aussitôt, le médecin, va récupérer les attributs de sa fonction, le malade va repartir de sa démarche extrapyramidale continuer son temps d'asile.

Et le médecin, d'une main souple et d'un cerveau clair, évidemment, écrira peut-être à propos de cette angoisse - afin de mieux la fuir encore - écrira quelques pages tristes et médiocres, incapables de rendre compte de l'émotion qui a existé et de la comprendre.

LE MEDECIN ET LE MALADE
EN SITUATION
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE.

ou

LE MONDE DE LA RENCONTRE.

“Dangereux pour lui-même et pour autrui ou en puissance de l’être, le fou ira à l’asile, aux murs plus que centenaires, érigés par la “Grande Peur” toujours vivante, de la folie”. (Foucault). (14).

L’asile défini comme *“l’ensemble des moyens mis en oeuvre par une Société pour exclure celui dont l’existence même la remet en cause : le malade mental”. (Gillet). (20).*

Infirmiers et médecins vont alors morceler leur malade en symptômes, le figer sous une étiquette nosographique, le soigner. Mais au coeur de la thérapeutique, au même instant qu’existe le réel projet de guérir, existe aussi la violence,

“pas seulement l’agression physique directe, mais l’action corrosive de la liberté d’une personne sur la liberté d’une autre”. (Cooper). (10).

Et le fou ainsi étiqueté, ainsi maîtrisé, va être installé dans un rôle, voire même dans une carrière de malade.



I - L’INSTITUTION : elle est psychotisante plus que soignante.

Monde clos, elle est compartimentée en une administration de plus en plus tentaculaire, en médecins-chefs, puis en internes, puis en infirmiers , et enfin en malades.

La possibilité de la parole et la possibilité du désir s’y perdent à mesure que l’on descend l’échelle hiérarchique.

“Le désir s’ébauchant dans la marge où la demande se déchire du besoin”. (Lacan). (27).

La parole n’y est jamais entendue, et cela grâce, aussi, à l’organisation hiérarchique, nécessaire bien sûr, au fonctionnement d’un immense hôpital. Mais le morcellement entraîné par cette structure évite à chacun de prendre en considération cette parole. Elle est toujours renvoyée à l’Autre, celui qui est à l’échelon supérieur : de l’infirmier, à l’interne, au médecin-chef, au directeur, au préfet, chacun se sent ainsi irresponsable au nom d’une instance supérieure qui elle, détiendrait le pouvoir et la responsabilité.

L'institution est une organisation qui se devrait thérapeutique, elle assure en fait la défense contre l'angoisse, induite par la folie, chez les soignants. Elle est occupée avant tout à la répression de la folie (48).

“Finalement c’est le malade qui est le centre du système, mais il en est l’ennemi”.
(*Vermorel*). (48).

L'institution est un monde régressé, qui satisfait le besoin, au prix du silence et de la passivité. Elle récompense les bons services non avec de l'argent mais avec des gratifications : tabac, vêtements, permissions ... (48).

Elle fait tout son possible pour garder les fous qui la font vivre. Puis elle objectera que les malades ne veulent plus sortir, et c'est vrai. Car c'est là le plus grand danger de l'hôpital psychiatrique : il crée un nouveau besoin : le besoin de vivre en son sein, le besoin de cette vie régressée, de cet état de non-désir.

En effet, pourquoi vouloir sortir, puisque c'est le désir de tous qu'ils restent ; puisque dehors il est impossible de vivre quand on est ancien-malade-mental ? Pourquoi vouloir puisque dedans, la mère asile supprime le désir, satisfait le besoin en gavant ses fous avec de la nourriture dégueulasse et de bons neuroleptiques, et qu'elle donne même assez d'argent pour acheter des cigarettes.

Derrière l'apparence figée, c'est encore un monde de violence et d'oppression qui vit :

“La violence est parfois évidente sous forme de coups et d'agitation, mais de nos jours, il faut plutôt prendre conscience de cette violence subtile qui s'infiltré dans le système et assure une sorte de répression permanente de la folie, au besoin par des moyens dits médicaux” (*Vermorel*). (48).

De désir interdit, en parole interdite, en angoisse interdite, l'institution ne fait que succéder à la mère du schizophrène.

Elles interdisent au fou de s'éveiller au désir, elles sont responsables de la situation qui lui est faite : “la mort ou le non-désir” (*Maud Mannoni*) . (33)(34).

II - LE FOU :

Je laisserai parler un maître : *Antonin Artaud*. (2).

“Ceux qui vivent, vivent des morts, et il faut aussi que la mort vive, et il n’y a rien comme un asile d’aliénés pour couvrir doucement la mort et tenir en couveuse les morts ...

Et le médecin moderne, complice en cela de la plus sinistre et crapuleuse magie, passe ses morts à l'Electrochoc et à l'Insulinothérapie afin de bien chaque jour, vider ses haras d'hommes de leur mal et de les présenter aussi vides, aussi fantastiquement disponibles et vides, aux obscures sollicitations anatomiques et atomiques''.

''Une sensation de brûlure acide dans les membres, des muscles tordus et comme à vide, le sentiment d'être en verre et brisable, une peur, une rétraction, devant le mouvement et le bruit.

Un désarroi inconscient de la marche, des gestes, des mouvements ; une volonté perpétuellement tendue pour les gestes les plus simples.

Le renoncement au gestes simples.

Une fatigue renversante et centrale, une espèce de fatigue aspirante. Les mouvements à recomposer une espèce de fatigue de mort, de la fatigue d'esprit pour une application de la tension musculaire la plus simple, le geste de prendre, de s'accrocher inconsciemment à quelque chose à soutenir par une volonté appliquée.

Une fatigue de commencement de monde, la sensation de son corps à porter, un sentiment de fragilité incroyable et qui devient une brisante douleur''.

A - Le phénomène de la folie :

- sur le plan médical, il faudrait parler de psychose car la folie, elle, est supplantée par des symptômes, des syndromes, des maladies.

''C'est que la psychiatrie a seule à connaître un phénomène particulier qui la fonde et qui fait qu'elle occupe une place à part en médecine''. (Minkowski). (37).

Dire folie plutôt que psychose, c'est évoquer ce que la folie a d'étrange, de mystérieux et de terrifiant ; cela aujourd'hui encore, héritier de cette croyance qui faisait de la folie l'expression d'une possession démoniaque ou la conséquence d'un péché. (**Foucault**) (14).

- la folie est un drame, une catastrophe, un évènement irréparable, elle est un coup du destin.

Elle signifie que le fou se trouve exclu de la communauté des vivants, depuis qu'il est devenu incohérent dans sa parole, dans ses conduites.

Etre fou, c'est avant d'être malade (c'est-à-dire être déficient, injure insupportable au narcissisme humain) être autrement, et entraîner donc une interrogation. La folie nous révèle un mode d'existence particulier.

“Là où la séquence des horizons d’intellection est interrompue immotivée et impénétrable on ne peut parler que d’une altérité de la séquence des horizons d’intellection mais en aucun cas d’une interruption arbitraire de leur séquence”. (Binswanger) (6).

B - Le sens de la Folie.

Le fou arrivé à l’hôpital, est alors véhiculé au sein d’une situation d’angoisse triangulaire : il y a l’angoisse de sa famille, il y a l’angoisse du soignant, il y a son angoisse. Il apporte une interrogation : quel est le sens de sa folie ? Chercher le sens, j’y insiste, n’est pas chercher la cause, la question est de toute évidence différente. La folie à sens de symptôme. Elle se développe pour un Autre, et avec cet Autre (34).

“Il (le fou) a eu besoin de dresser entre lui et l’Autre l’écran de sa folie. Il a fait de sa maladie l’enjeu. Tour à tour séducteur et menaçant, il avait un rôle, celui du fou. Il est devenu celui dont on parle, faute de pouvoir être celui à qui on parle”. (Maud Mannoni) (34).

La mère du schizophrène apporte avec elle, une souffrance née de son propre passé. On pourrait dire qu’elle ne peut pas accoucher de son enfant, c’est-à-dire supporter la séparation d’avec cet objet de complétude narcissique que représente son enfant in utéro.

Le schizophrène n’est jamais “né” et reste pour sa mère (et plus tard pour l’institution) un objet non-désirant, c’est-à-dire non-existant, qui doit rester tel à tout prix pour préserver sa mère. Et la psychose qu’il développera sera ce symptôme indispensable à sa famille. Une famille dans laquelle la parole de la mère n’aura jamais introduit le père, cette troisième dimension indispensable à l’enfant, pour qu’il échappe à cette relation imaginaire à l’autre (sa mère), fusionnelle, narcissique, et qu’il accède à la relation symbolique à l’Autre (*Lacan*), pour qu’il accède à la castration symbolique qui le structurera, qui lui donnera existence humaine. Le fou donc n’a pas existé pour sa mère en tant que sujet désirant, aliéné dans son désir à elle, et peut être n’accèdera-t’il jamais à l’existence (de sujet désirant) ?

J’ai entendu cette mère dire de son enfant, hospitalisé depuis de nombreuses années déjà : “ce que je veux, c’est qu’il n’ait aucune envie, aucune souffrance, aucune lucidité. Ce que je veux à tout prix, c’est qu’il ne sache jamais ce qu’il est”.

C - Les formes d’existence psychotique.

Je ne pense pas que les malades d’asile puissent se laisser séparer en fonction de catégories nosographiques.

Mais je ne peux ignorer non plus, que la situation du médecin sera différente avec les manières d'être-au-monde du mélancolique, du maniaque, du paranoïaque ou du schizophrène.

1) *L'existence mélancolique :*

Le mélancolique est le moins étranger, peut-être, au médecin, car sa maladie englobe la tragédie de l'existence, le monde des phantasmes, de l'angoisse originelle. (13).

Pourtant, tout de souffrance rigide et immobile, et de culpabilité absurde "il nous choque et nous arrête", il nous inquiète aussi : il ne désire que la mort.

Il est fixé dans une temporalité déstructurée qui a perdu son élan vers l'avenir et est toujours ramenée au passé. Le temps est et doit être, pour lui, une perspective de mort.

(Minkowski) (36).

"Le passé est la faute commise, sans issue, sans pardon, et ce n'est que cela".
(Minkowski) (36).

2) *L'existence maniaque :*

"Si je dis à l'instant qui passe, arrête-toi, tu es si beau, alors je consens à mourir".
(Goethe dans le Pacte de Faust).

Ces lignes disent tout de la phénoménologie de l'existence maniaque dans laquelle temps et lieu ne sont plus séparés.

Le "Dasein" maniaque, n'est pas un Dasein c'est un Da .. Da .. Da .. Sein, car le maniaque n'est jamais là (la fuite maniaque étant cette manière de ne jamais être là). Le temps, aussi, est un perpétuel instant, puisqu'il n'y a ni passé, ni avenir. Ce que Freud, dans un autre langage, exprime comme "le festin de la Manie". En effet, elle nous est une orgie, une fureur libidinale. Les désirs deviennent dévorants, promus besoins. C'est un festin au cours duquel nous aussi sommes dévorés.

La manie précipite le sujet dans la satisfaction de ses pulsions, pour qu'il échappe à l'angoisse, pour qu'il oublie, qu'il nie la perte d'objet dont il souffre, pour qu'il oublie qu'il se défend pour ne pas "descendre" dans la mélancolie. Il (le maniaque) peut induire la haine en nous.

"Il ne peut pas se sentir coupable profondément, ou concerné, ou responsable".
(Winnicott) (49).

Balvet parle de sa situation avec le maniaque en termes de corrida : taureau et toréador sont dans l'arène et on ne sait jamais qui est vainqueur, qui est vaincu, réellement.

Autre encore est la situation du médecin avec le maniaco-dépressif, l'homme qui vit entre deux rechutes, entre deux craintes "trop monter ou trop descendre", son drame est à ma portée : il s'angoisse de sa propre folie, lui-aussi, moi-aussi.

3) *L'existence paranoïaque :*

Le paranoïaque, celui qui a projeté tout "le Mal" en dehors de lui-même, "le rigide, le méfiant, l'orgueilleux", celui qui se défend en permanence contre ses pulsions homosexuelles, lui qui est éternellement en procès, est haï avant d'être compris.

Pourtant il vit traqué, car il n'aborde plus le monde qu'avec angoisse. La confiance lui est interdite,

"car il n'y a plus de hasard dans son monde, tout est absolument déterminé d'une manière fatale - tout est un anabassadeur du terrifiant". (Maldiney) (32).

Lacan insiste sur le sens autopunitif de la paranoïa qui enferme le sujet dans un système de persécution imaginaire ayant la valeur psychologique d'un châtiment inconsciemment désiré.

Il se croit persécuté, mais plus que tout autre, il est persécuté.

4) *L'existence schizophrénique :*

"multiple est l'inquiétant mais plus que l'homme rien d'inquiétant ne se soulève".

C'est le schizophrène qui est le plus étranger, le plus autrement. Et c'est de lui qu'il sera très souvent question au cours de ces pages.

J'ai peine à utiliser ces mots qui déjà impriment un diagnostic, voire un pronostic. La nosographie chosifie le malade et fait de la relation médecin-malade un rapport de maître à esclave où la communication est impossible.

J'aurai cependant recours à elle, afin de prendre un raccourci, afin de me retrouver dans le monde clos et rassurant de ma confrérie. Après tout, une thèse n'est ce pas une épreuve d'initiation, inutile et indispensable comme elles le sont toutes?

D - Le Psychiatre.

1) Le personnage du psychiâtre : "Homme de la folie investi du pouvoir magique de soigner les âmes avec des mots" (*Bonnafé*). (8).

Il s'isole de ses confrères médecins, s'enferme avec ses malades. Car il a l'orgueilleuse conviction de connaître une vérité inconnue, de donner un sens à la Folie, d'accéder aux secrets de l'homme.

Moderne sorcier, ou exorciseur, il cherche à comprendre la folie, mais surtout à la surprendre.

Il cherche à comprendre le fou mais surtout à tout savoir de lui, et en cela, il l'ap-

pauvrit, il le “vide de sa vie” (*Minkowski*) (37).

*“Mieux connaître, oui, mais pas tout savoir de lui : c’est que dans ces relations mêmes, dans le mouvant mystérieux d’une vie humaine, un fond d’inconnu persiste, . . . comporte quelque chose, qui dans les profondeurs de l’existence nous échappe. Inconnu, non dans le sens de non-connu et à connaître de ce fait, mais comme fond commun, qui tout en permettant à chacun de se réaliser personnellement nous rattache les uns aux autres, en ce qu’il y a justement d’inconnu en lui, puisque se confondant avec le dynamique, le mouvant, le créatif de la vie”. (*Minkowski*) (37).*

En comprenant la folie et en la surprenant, il prend conscience de sa personne comme d’un conflit et cherche à se résoudre ; il affronte la problématique de sa propre angoisse et cherche à éloigner la peur de sa folie.

Alors plutôt que de parler de psychiatre et de malade, il vaudrait mieux parler de l’être-psychiatre et de l’être-malade humain, l’objet de la psychiatrie étant “l’histoire de cet être-avec et de cet être-ensemble”. (*Binswanger*) (6).

- 2) Je parle du médecin et non de l’infirmier. Parce que l’infirmier aurait beaucoup à dire, et il le dirait autrement.

Aussi ne puis-je prendre sa place, à lui qui vit huit heures par jour ou par nuit avec ses malades (*Rebatel*) (41). Il vit avec eux les dimanches, les fêtes, ces jours où l’asile est encore plus long à vivre, plus angoissé que les autres, plus exclu du monde.

Le médecin est encore séparé de l’infirmier par son savoir nosographique, thérapeutique. Et, même s’il se défend de le posséder il y aura toujours recours.

Le médecin prescrit le médicament. Et je dirai plus loin que le médicament protège le soignant contre l’angoisse.

Un moyen qui confère au médecin la majeure partie de sa puissance et que l’infirmier ne manipule pas librement, ce qui l’oblige à supporter avec peu de recours la promiscuité avec son malade, l’agressivité, l’angoisse, le délire.

Mais tout cela, n’est que bavardage : ce qui sépare l’infirmier et le médecin, c’est la merde. C’est l’infirmier qui la nettoie. Et j’ai entendu des infirmiers parler de “l’angoissante odeur de merde” le matin à 6 heures.

D - La rencontre.

Car l’objet de la psychiatrie est une quête de la communication. Si le malade se refuse, la rencontre, le plus souvent ne pourra pas se faire : le schizophrène catatonique, l’enfant autistique se ferment au contact, au face-à-face qui est demandé.

Mais par ce mur qu’ils interposent n’y a-t-il pas une tentative désespérée de communiquer

avec l'Autre ? Le mur n'est-il pas un objet médiateur indispensable à la communication ? Sans lui ne seraient-ils pas absorbés par le regard, l'amour de l'Autre ?

La rencontre n'est pas possible, si le malade qui a perdu ses limites essaie de pénétrer l'Autre.

L'Autre pénétré par le fou, contenant le fou, va s'angoisser : contenir le fou, c'est risquer de devenir fou à son tour.

Et le malade peut alors s'angoisser d'être ainsi enfermé dans l'Autre.

Mais l'échec de la rencontre devra toujours être imputable au médecin qui n'aura pas su, pas pu communiquer, avec son malade, c'est-à-dire avec l'Autre, c'est-à-dire avec tous les Autres ?

Peut-être ne se découvrira-t'il jamais, avec l'Autre un moment de la condition du "nous", cette "Wirheit" dont parle Binswanger ?

Il ne suffit pas en effet, de parler du "je", du "il", le "tu" ne peut être laissé pour compte. (37).

Le "je-tu" fonde la rencontre humaine, il nous met d'une manière immédiate en présence de l'humainement commun.

Ce "je-tu" certes se trouve perturbé lorsque

"le phénomène de la folie, dans son radical être-autrement se dresse devant nous".
(Minkowski) (37).

Au médecin de le retrouver, "de distinguer et de nommer la personne": le "Toi" en son malade tout en acceptant la part indispensable d'ineffable et d'inconnu.

L'IMPAVIDITE
ET
LES TENTATIVES DE
FUITE DE L'ANGOISSE

I - L'IMPAVIDITE :

Etre impavide, c'est être sans peur, c'est ne pas trembler, c'est surtout ne pas trembler devant son malade, devant cet Autre-étranger mais qui nous ressemble.

Etre impavide, ou se vouloir tel c'est protéger un fragile narcissisme, qui ne supporterait aucune amputation, aucune mortification ... j'y reviendrai.

II - ON POURRAIT FUIR L'ANGOISSE SUR LE MODE PARANOIAQUE ET LE MODE SADIQUE :

En établissant ce rapport de maître à esclave déjà dénoncé. Un monde serait alors créé où l'Autre, l'Ennemi, n'a pas à être sujet, où il est objet dépourvu de liberté, dépourvu de pensée authentique.

Imaginons pour illustrer cela, un petit asile dans l'asile :

Tout malade récemment arrivé y serait mis en pyjama et même s'il possédait un pyjama personnel, ce pyjama-là serait remplacé par le pyjama de l'hôpital. Il serait évidemment dépossédé de ses papiers-argent-bijoux. Il serait vu, interrogé, neuroleptisé par le médecin. Les neuroleptiques seraient administrés par voie parentérale - ainsi on n'encourt pas le risque d'un refus et puis c'est plus rapide et plus efficace.

En cas d'agitation, en dehors des heures de présence médicale, la consigne serait donnée : Dolosal - Largactil - Phénergan.

Il serait faite aux infirmiers l'interdiction tacite de "causer" avec leur malade, car l'infirmier aurait le ménage à faire, le linge à trier, l'armoire à pharmacie à ranger, le cahier de rapport, à mettre à jour.

Au bout d'une quinzaine de jours, si le malade donnait satisfaction par un comportement adapté à la morale du pavillon : politesse et bonne volonté au travail, il aurait droit aux vêtements de l'hôpital et même au béret, s'il en désirait un ...

Observé, testé, traité, remanié, sa parole serait d'abord mise en doute, et son agir serait réprimé - et peut-être jamais interprété.

Si les événements ne se déroulaient pas ainsi, quelque chose s'écroulerait, peut-être le "IM" de "IMPAVIDITE".

III - ON PEUT ENCORE FUIR L'ANGOISSE DANS UN MOMENT MANIAQUE :

Et cette fuite maniaque de l'angoisse induite par le fou, est comme je l'ai déjà dit, un moyen de ne pas être là, de ne pas être au même lieu que le malade, et au même temps.

Sous prétexte d'accompagner le malade on peut délirer avec lui, plus fort que lui afin de ne plus l'entendre ; afin de ne pas laisser s'installer l'insupportable silence, la parole n'aura pas alors valeur de communication.

“dans le rapport avec autrui, la parole peut être un élément d'incommunicabilité, si elle ne naît pas d'un intervalle, d'un espace qui lui donne un sens : le silence ”. (Basaglia) (5).

et Merleau-Ponty le dit aussi (35) :

“Dire ce n'est pas mettre un mot sous chaque pensée, car la parole est l'expression de la rencontre silencieuse réciproque, de la reconnaissance d'un corps vis à vis de l'autre, en ce sens le langage est l'expression d'un rapport”.

IV - LA PARAPHRASE DE LA PSYCHIATRIE :

Pour mieux ne pas connaître son malade on pourra aussi paraphraser la psychiatrie par les méthodes neuro-psychiâtriques, psychotechniques, psychochirurgicales, voire même par certaines psychanalyses.

Certes, il importe au psychiatre de connaître ce minimum de neurologie, grâce auquel il soupçonnera et parfois même diagnostiquera l'hématome, la tumeur, l'épilepsie, la paralysie générale à son début.

Mais chercher à tout prix l'étiologie de la maladie mentale dans l'électricité cérébrale, la chimie, la bactériologie (pourquoi pas dans la radioactivité) dans la génétique, me paraît être une fuite énergétique de l'angoisse par une action qui enlève le temps de la réflexion. C'est aussi se mettre en retrait de ce trajet de la folie qui pourrait passer par nous.

De même tester à tout prix, pour diagnostiquer et pronostiquer, et puis après laisser le malade avec son symptôme et sa souffrance, couché dans un quelconque protocole, marqué du sceau infâmant d'un faible QI qui fera de lui un débile sans appel, par exemple. Certes le test est indispensable, mais il n'est qu'une aide, on ne peut l'isoler du contexte affectif apporté par le malade.

De même encore, “traiter”, et cela se fait encore et souvent, sur de jeunes enfants même, l'agressivité et l'autoagressivité par une intervention neuro-chirurgicale - Intervention qui n'améliore presque jamais le symptôme combattu, qui aggrave ou

créé la débilité, qui aggrave ou créé l'épilepsie.

Et certains analystes vont jusqu'à "expliquer" le psychisme humain par des lois presque mathématiques - en dehors desquelles il n'y a pas d'autre vérité possible. Comme si l'objet de la psychiatrie pouvait se résumer en une équation algébrique...

V - REJETER LA RESPONSABILITE ENTIERE DE LA FOLIE SUR LA SOCIETE C'EST PEUT-ETRE ENCORE FUIR L'ANGOISSE :

La Société crée et maintient l'asile, qui lui garde - non les plus fous - mais les moins adaptés aux règles qu'elle impose. La Société ne supporte pas ses fous et les exclut. Mais si elle interdit leur réintégration, si elle les aggrave, elle n'est pas l'origine de la Folie.

C'est simplifier encore que d'en faire l'unique responsable. Car la Folie n'est pas extérieure, elle ne vient pas des lois sociales, des conditions de travail, de la pollution atmosphérique et autres nuisances, de "l'érotisme et de la pornographie qui pervertissent nos jeunes". Certes lorsque la folie éclate le fou rompt avec les lois, avec ce contrat social tacite dans lequel il était engagé, dont tout l'arbitraire et la contingence lui apparaissent brusquement. Rejeter l'entière responsabilité de la Folie sur la Société mauvaise - elle l'est toujours et ne peut que l'être, en partie du moins - c'est oublier que la Folie ne pénètre pas l'homme comme un mauvais démon, qu'elle est déjà inscrite et depuis longtemps dans notre passé (passé qui remonte avant même notre naissance). Elle est donc, et pour chacun une possibilité toujours ouverte qui peut surgir à un quelconque moment de notre existence.

VI- ENFIN LE MEDICAMENT VIENT TOUJOURS AU SECOURS DU SOIGNANT :

Dans la relation du psychotique au médecin, le médicament est médiateur, médiateur qui peut être indispensable au psychotique.

Mais il est aussi moyen de protection du soignant

"contre ce que le malade peut véhiculer comme angoisse (de mort) et désir (sexuel) d'agression". (Mannoni) (33).

Mais il peut être *"l'objet central dont prescripteur et utilisateur ne sont plus que des satellites". (Racamier). (40).*

Mais le médicament est au service de la défense contre la verbalisation, l'expression des affects, le rapprochement médecin-malade.

Il est un moyen de nourrissage oral passif.

Il est un moyen d'agression.

En faisant taire l'angoisse, la demande, l'agressivité, du malade, il nous évite d'être confrontés à notre propre angoisse (40).

LA NATURE DE L'ANGOISSE

(S'IL ETAIT POSSIBLE DE LA COMPRENDRE).

I - L'ANGOISSE EST LIEE FONDAMENTALEMENT AU MODE D'EXISTENCE HUMAIN. ELLE EST, PAR LA, TOUJOURS ET AVANT TOUT, ANGOISSE DE MORT.

1) Ce que disent les phénoménologues :

*"l'homme est une synthèse d'âme et de corps portée par l'esprit".
"Il est d'autant plus homme que son angoisse est profonde, toutefois produite par lui, et non, comme on l'entend d'ordinaire, s'imposant à lui de l'extérieur". (Kierkegaard) (24).*

L'angoisse révèle le néant : elle est angoisse devant rien, (le disent encore Kierkegaard, Heidegger) c'est-à-dire que la présence s'angoisse devant elle-même, s'angoisse de sa finitude.

"car nous ne sommes que l'écorce, que la feuille, mais le fruit qui est au centre de tout c'est la grande mort que chacun porte en soi". (Rilke).

2) Ce que les analystes ont dit autrement, mais spécifiant aussi que d'un côté et de l'autre, il y a prise de conscience de l'existence, et prise de conscience de la mort.

a) Pour Françoise Dolto (12) c'est par l'Oedipe que l'homme arrive à l'angoisse de castration, laquelle survalorise son narcissisme. "L'angoisse confirme au sujet sa face humaine, qui indissociable de son corps, le spécifie comme être de raison, responsable de sa parole. C'est l'Angoisse en effet qui est l'épreuve par laquelle, il ou elle a, au moment de l'Oedipe, puis de nouveau à la puberté subi la loi, dont le dire par l'autorité respectée (père ou substitut), l'intègre à la Société des humains".

b) Pour Mélanie Klein (26), c'est le Sur-Moi, très précoce qui est générateur d'angoisse (de mort pour soi-même et pour autrui). Les premières relations objectales de l'enfant (22) ploient sous le fardeau d'une fantasmatique agressive qui d'emblée lui place sous le signe :

- de la haine : "L'enfant aborde à l'origine le monde avec le désir de l'attaquer, de le détruire".
- de l'angoisse : c'est parce que le nourrisson projette son agressivité sur les objets introjectés qu'il les ressent comme mauvais et dangereux.
- de la culpabilité : l'angoisse engendrée par le désir de destruction de la mère et la crainte de destruction par elle, conditionne le mouvement à la fois

expiatoire et protecteur de réparation, de restauration de la mère.

- c) Serge Leclair (31) le dit encore, et d'une manière très belle, que parler de la vie, c'est immédiatement évoquer la mort.

*"... c'est à partir de ce mot, la vie, que le trouble apparaît. Parce qu'immédiatement dès qu'il est prononcé, l'horizon de la mort apparaît...
A la première réflexion, ce lieu le plus familier devient étrange : le mystère de la vie ou l'horreur de la mort sont invoqués.
Il s'en faut d'un rien pour que le corps soit virtuellement déshabité : ce n'est plus qu'une carcasse, une viande, une dépouille par anticipation".*

Il faut, plus insister encore, sur la violence de la pulsion de mort qui est génératrice d'angoisse.

Ajuriaguerra, souligne que si nous postulons l'existence de la pulsion de mort, il faut admettre qu'il y a au niveau le plus profond du psychisme une réponse à cette pulsion sous la forme de la peur de l'anéantissement de la vie.

"aussi le danger provenant du travail interne de la pulsion de mort est la cause primaire de l'angoisse et puisque la lutte entre les pulsions de vie et les pulsions de mort persiste tout au long de la vie, cette source d'angoisse n'est jamais éliminée et entre comme facteur permanent, dans toutes les situations d'angoisse". (1).

II - LES DIFFERENTS TYPES D'ANGOISSE :

A - L'angoisse est l'émotion de la liberté, du possible.

- 1) Pour Kierkegaard (24) la possibilité est la plus lourde des catégories.

"l'angoisse est la réalité de la liberté parce qu'elle en est le possible".

Et la possibilité est bien plus angoissante que ne l'est la réalité.

"force nous est de louer la réalité et quand bien même, elle pèse lourd sur nous, force nous est de nous souvenir qu'elle est encore et de bien loin, bien plus facile que n'était le possible".

C'est la phénoménologie du vertige qui fait le mieux comprendre l'ambivalence de l'angoisse :

"on peut comparer l'angoisse au vertige ; on a le vertige quand on plonge le regard dans un abîme, mais la raison du phénomène n'est

pas moins l'oeil que l'abîme car il suffit de ne pas regarder."

et encore :

"l'homme ne peut fuir l'angoisse car il l'aime et il ne peut à vrai dire l'aimer car il la fuit".

L'angoisse est le vertige de la liberté et *"la liberté plongeant alors dans son propre possible saisit à cet instant la finitude et s'y accroche"*.

2) **Sartre (42)(43) lie angoisse, délaissement, et responsabilité à la liberté.**

"dans l'angoisse, nous ne saisissons pas simplement le fait que les possibles que nous projetons sont perpétuellement rongés par notre liberté à venir, nous appréhendons en outre notre choix, c'est-à-dire, nous-mêmes, comme injustifiable".

Notre choix est libre - Mais pour choisir nous sommes seuls et le choix engage en même temps que nous-mêmes l'humanité entière. Mais cette liberté est limitée :

- parce que ni la naissance, ni la mort, ne sont une possibilité propre. Ce sont de purs faits, extérieurs, contingents.

"c'est l'identité de la naissance et de la mort que nous nommons facticité".

- cependant, la véritable limite de la liberté est dans le fait même que le pour-soi est saisi par autrui comme autre objet.

Et cette angoisse du moi - d'être saisi comme objet dans le monde de l'autre, d'être aliéné par l'autre, - d'être en danger devant la liberté de l'autre, me paraît, bien que dite en un autre langage, proche de l'angoisse de la castration.

Le voisinage de la psychanalyse avec la phénoménologie existentialiste peut étonner. Il étonne déjà moins, si on ne prend pas la castration à la lettre.

B - L'Angoisse de la castration :

La castration n'étant pas seulement la perte du penis, mais une séparation d'avec, la perte du moi entier possédé par l'autre, la mort.

1) Freud en arrive à comprendre l'angoisse, comme angoisse de castration, après plusieurs théories qui faisaient de l'angoisse (15) (16) (17) :

- le résultat d'un excès de libido non employé dont l'origine était le ça,
- le résultat du refoulement des pulsions :
 - instinct de plaisir ou libidinal,
 - instinct de mort ou lethal (pour soi et pour autrui) interiorisés dans le

Sur-Moi et retournés contre Soi, sous une forme génératrice d'angoisse,
 – la reproduction du traumatisme anxieux de la naissance.

Dans “Inhibition, Symptôme et Angoisse” (15), il fait de l'angoisse, en premier lieu, l'angoisse de la castration.

- la castration n'étant pas seulement l'émasculation.
- la castration représentant aussi la perte de la séparation d'avec l'objet maternel,
- puis l'angoisse de la castration est transformée lors de la création du Sur-Moi en angoisse morale, sociale.

Le Moi craignant alors, d'être abandonné par son Sur-Moi protecteur, redoute d'être laissé sans défense devant tous les dangers, redoute la mort.

“C'est à la colère, à la punition du Sur-Moi, à la perte de son amour, que le Moi donne valeur de danger, et c'est à elle qu'il répond par le signal d'angoisse. La forme ultime que prend cette angoisse devant le Sur-Moi est, m'a-t-il semblé, l'angoisse de Mort (angoisse pour la vie)”.

- 2) **Binswanger nous fait** comprendre l'importance de l'évènement de la séparation d'avec la mère et l'angoisse qui en résulte, par une “image de monde” très évocatrice (6).

“l'angoisse devant toute rupture de continuité, devant toute déchirure, devant tout déchirer et séparer, être séparé et déchiré ...”.

- 3) **Pour Sartre** (42) et j'y reviens, poser la liberté d'autrui, est s'aliéner dans son monde, se mettre en danger devant sa liberté.

Or, je ne peux me connaître en autrui, si autrui est d'abord objet pour moi.

Ce que Resnik dit aussi : “on ne peut pas poser le Moi sans poser la relation avec autrui”.

Cela suppose aussi que autrui n'est pas moi : ce que Sartre appelle la séparation ontologique.

Je suis possédé par le regard d'autrui :

“je suis par delà toute connaissance que je puis avoir ce moi qu'un autre connaît. Et ce moi que je suis, je le suis dans un monde qu'autrui m'a aliéné car le regard d'autrui embrasse mon être”.

Mon corps est utilisé et connu par autrui :

“mon corps ne se donne pas simplement comme le vécu pur et simple, mais ce vécu même, dans et par le fait contingent et absolu de l'existence d'autrui, se prolonge dehors dans une dimension de fuite qui m'échappe”.

“autrui détient un secret, le secret de ce que je suis”.

Et de même, quoique je fasse pour la liberté d'autrui mes efforts se réduisent à traiter l'autre comme instrument et à poser sa liberté comme transcendance transcendée, mais quelque soit le pouvoir de contrainte dont je dispose, je n'atteindrai jamais autrui que dans son être-objet.

On pourra éviter de poser la liberté d'autrui, on pourra essayer de fuir l'angoisse, d'être aliéné par cette liberté, et nier l'impossibilité de contraindre autrui, autrement que dans son être-objet, par la haine :

“la haine ne connaît que l'autre-objet et s'attache à cet objet. C'est cet objet qu'elle veut détruire pour supprimer du même coup la transcendance qui la hante. Cette transcendance n'est que pressentie, comme au-delà inaccessible, comme perpétuelle possibilité d'aliénation du pour-soi qui hait”.

Les citations sont longues et nombreuses. Mais je ne peux pas entrer en concurrence avec elles - à moins de paraphraser leurs auteurs de génie . Il ne me paraît pas utile de faire à chaque fois l'articulation avec la psychiatrie. Il me semble qu'elle se fait d'elle-même.

D'ailleurs, en incluant l'angoisse psychotique dans ce chapitre, j'essaierai justement de faire cette articulation. Je ne veux pas en effet, séparer l'angoisse en une angoisse “normale”, en une angoisse névrotique, en une angoisse psychotique.

De même qu'il n'existe pas d'un côté une angoisse métaphysique laissée aux philosophes - et de l'autre, une angoisse névrotique de castration - une angoisse psychotique de néantisation, de mort, laissée aux psychiatres et aux psychanalystes.

C - L'angoisse psychotique :

Elle n'est pas une catégorie à part de l'angoisse. Sa possibilité est inscrite dans l'état “normal” lui-même. Elle est la forme extrême de l'angoisse existentielle. Elle est angoisse de néantisation, angoisse de mort.

“Le monde de l'Angoisse, pour parler comme Heraclite, est un monde ténébreux où les âmes flairent (le danger), un monde où ‘tout se compénètre, où tout est dans le domaine de la proximité absolue ’ une atmosphère de terreur et un peu comme une atmosphère de brouillard en montagne ... où on est véritablement dans une situation où tout est homogène, dans une espèce d'ouate dans une ‘proximité absolue”.

Ces lignes poétiques, me semble-t-il, rendent bien compte de l'angoisse de fusion, de néantisation que vit le psychotique, et que parfois même le psychiatre peut vivre avec lui.

Le psychotique, jamais “accouché” par sa mère, toujours resté son objet indifférencié, enfermé avec elle dans une éternelle relation fusionnelle duelle, où le Troisième (le père) n'a jamais été introduit, ne peut pas accéder à la castration symbolique. Et

ce qu'il vit c'est une angoisse de fusion dans laquelle il perd toute existence, dans laquelle il meurt ; et en même temps une angoisse de "défusion" car s'il n'avait plus cette angoisse qui "soutient son liminaire narcissisme" il cesserait aussi d'exister.

Un psychotique disait :

"il y a deux ans ma main se séparait du corps, mais ce n'est pas cela l'angoisse. L'angoisse c'est ne pouvoir penser qu'à la coupure".

Donc mortelle ambivalence : se perdre et s'engloutir en une fusion où l'existence propre n'est plus possible, puisque les limites sont perdues, et se couper, se morceler, être torturé hors de ce tombeau qu'est cette relation fusionnelle duelle, imaginaire à l'autre, sans issue, sans possibilité de désir.

Des auteurs comme Madame Sechehaye, ou Laing, parlent de cette angoisse avec d'autres mots, mais ils spécifient la même chose.

1) M. A. Sechehaye analyse la nature de l'angoisse psychotique, en fonction des stades de l'histoire du Moi schizophrénique : (46)

a) **Le Moi, d'abord "lucide, adulte, autonome"**, doit faire face, pendant cette période d'invasion de la psychose à l'angoisse que crée la perte de la réalité.

"Lorsque la réalité est désinvestie, le schizophrène en éprouve une souffrance indicible. Il est terrifié par ce qu'il perd. Car la perte de la réalité constitue un dommage, une catastrophe, sans nom".

En effet, sans la réalité, les objets sont vides et froids, dépouillés de leur signification.

Les mondes existentiels du schizophrène sont des mondes minéraux, bouleversés par des cataclysmes et les mots faille, fissure, fin du monde, viennent dans les dires du schizophrène qui essaie de décrire ce qu'il vit.

D'autre part, en même temps, le schizophrène s'angoisse de ne plus pouvoir assumer les responsabilités de sa vie.

b) **Le Moi régressé** : alors que le Moi adulte est devenu froid, désinvesti, le Moi régressé vit une authenticité existentielle extrême. Ce Moi a perdu ses frontières et il est confondu avec le monde extérieur.

Le malade s'angoisse de la démesure de ses pulsions désintriquées. Cette angoisse est cataclysmique. D'autant qu'elle s'associe à la terreur d'un Sur-Moi implacable et cruel parce qu'archaïque :

"car pour le schizophrène il n'y a plus de passé et de présent, mais une actualisation intemporelle du passé dans le présent.

Quant à la culpabilité, elle est ressentie si totalement qu'il ne saurait plus y avoir de pardon pour le malade''.

c) Le Moi délirant : Moi de la défaite et Moi de la victoire :

“de la défaite parce que le Moi a délibérément rompu avec la réalité ; qu'il a perdu son identité et sa place existentielle dans le monde, de la victoire parce que l'angoisse est écartée”.

“Et bien que le délire soit lui aussi pétri d'angoisse, on peut dire que le schizophrène est quand même parvenu dans une certaine mesure et pour un certain temps à échapper à la Peur. De la victoire encore parce que le monde de la réalité extérieure qui avait perdu pour le malade toute signification existentielle, en reçoit une grâce au délire qui apporte une explication aux phénomènes étranges et inquiétants dont le Moi est le siège”.

Car le délire reconstruit une nouvelle réalité qui bien qu'hostile est plus facile à vivre que l'ancien monde où toutes les relations interpersonnelles étaient perdues où la réalité était perdue.

Les objets sont ainsi repersonnalisés et le délire donnera au Moi une identité nouvelle.

2) Gisela Pankow décrit le corps vécu du schizophrène, corps auquel il a été arraché, comme devenu ruine. (38)..

“lorsque l'homme est chassé de lui-même, il a perdu le corps vécu en tant que pays natal, en tant que maison, en tant qu'enveloppe protectrice”.

En se séparant de son corps, le malade rejette la mémoire et les sentiments, c'est-à-dire une partie de son existence historique.

“l'homme sans corps ne sait plus qu'il est et qui il n'est pas : il perd son identité”.

L'homme qui a perdu son corps comme enveloppe protectrice, perd son identité. Il est dissocié, c'est-à-dire que l'image du corps est détruite, de telle sorte que “ses parties perdent leur lien avec le tout, pour réapparaître dans le monde extérieur”.

3) Selon Laing : l'angoisse que doit affronter le psychotique est faite de plusieurs craintes : (28) (29).

a) L'angoisse d'engloutissement : englouti, c'est le risque qu'il court en étant compris, saisi, surpris, en étant aimé, voire simplement en étant vu.

“j'existe mon corps, dit Sartre, (42) telle est sa première dimension d'être. Mon corps est utilisé et connu par autrui, telle est sa seconde dimension”.

La première dimension marque au psychotique qui a perdu son corps vécu. Et puis-

que ce corps ne marque plus les limites qui le séparent du monde, l'amour d'autrui, son regard ne peuvent être que dangereux pour le psychotique.

b) L'angoisse d'implosion :

"Il se sent vide, et en même temps il désire que ce vide soit comblé, et en même temps il le redoute, car il ne peut être que ce vide affreux".

Madame Fo ... Très vieille schizophrène, hospitalisée depuis très longtemps, vit son corps 'plein de trous'.

Son visage exprime une terreur permanente.

Elle passe la journée, à plat-ventre sur son lit, à "faire ses combles", sans jamais être remplie.

Elle refuse tout traitement qui soulagerait son angoisse.

N'est-ce pas par peur de voir ses vides comblés, son angoisse disparaître et par là même de cesser d'exister ?

Ce que dit aussi F. Dalto, de l'angoisse du psychotique :

"il y tient souvent parce qu'elle lui est devenue la seule érotisation qui soutienne son liminaire narcissisme". (12).

c) L'angoisse de pétrification et de dépersonnalisation.

- L'angoisse de pétrification étant la peur d'être transformé de personne vivante en chose morte.
- L'angoisse de dépersonnalisation étant la peur de devenir une simple chose dans le monde de l'autre ; et par là, l'acte même de considérer l'autre comme une personne vivante est ressenti comme suicidaire.

L'ANGOISSE DU PSYCHIATRE

I - LA PEUR

Elle est à distinguer, dans ce chapitre, de l'angoisse : elle est peur de quelque chose et implique une relation au monde extérieur, alors que l'angoisse implique la relation du sujet avec lui-même.

Le malade mental peut menacer le corps du soignant, voire même sa vie. En fait, souvent une équipe soignante entière fantasme un malade comme capable de meurtre, projetant peut-être ses propres fantasmes meurtriers.

J'ai connu ce malade dangereux ou pouvant l'être :

Monsieur Pe ... a été hospitalisé et amené en placement d'office. Il a vécu, et nous avec lui, trois périodes dans son histoire :

LA PEUR ET LA HAINE :

Winnicott, dit à propos du psychiatre que :

“quel que soit son amour pour ses malades il ne peut éviter de les haïr et de les craindre et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il fait à ses malades”.

Devant l'agressivité du malade, la décision a été prise de l'enfermer en cellule. Pourquoi l'avons-nous vécu agressif ? Il était déjà bien connu à l'hôpital, et son arrivée annonçait “la corrida” : plusieurs mois d'hospitalisation, pas d'économies sur les neuroleptiques, des cris, des gestes de violence échangés entre malade et infirmiers. Effectivement, à son arrivée, Monsieur Pe ... avait le “regard fou”, il était prêt à frapper, à bondir, sur quiconque l'approchait pour le maîtriser (j'ai déjà dit qu'il avait une longue expérience de l'hôpital psychiatrique). De plus, il était robuste, musclé et plutôt beau, âgé de 45 ans. (Ce n'est pas seulement une parenthèse nostalgique. J'y reviendrai).

Monsieur Pe ... agressif - donc dangereux - a été enfermé. Une règle orale a interdit aux infirmiers de pénétrer seuls dans sa chambre. Il y a fait de nombreux ravages, et la contention a alors été décidée : c'est-à-dire qu'on lui a attaché les quatre membres à son lit (lorsqu'il a été détaché, il a conservé une paralysie cubitale, longue à régesser, complication classique de la contention a répondu le neurologue).

Des doses massives de neuroleptiques - injectées à l'aide d'une vingtaine de bras robustes, ont été inefficaces.

Les électrochocs ont été alors prescrits et administrés en force, chaque séance était vécue de façon dramatique par le pavillon. Il y avait toujours quelques malades attendant dans le couloir l'issue de l'événement. Il n'y eut pas d'issue, car les électrochocs aussi, furent inefficaces.

Deux indications radicales ont alors été discutées en réunion d'équipe : l'hôpital de

force ou la lobotomie.

Le médecin-chef s'y est farouchement opposé, il lui a été répondu : "ce n'est pas vous qui allez porter les repas et faire le traitement ...". Mis au défi, le médecin-chef s'est cru obligé de pénétrer seul dans la chambre de Monsieur Pe ... qui l'a un peu frappé.

Le médecin-chef s'est plaint ensuite, et pendant plusieurs semaines, de souffrir d'une côte.

Alors on a décidé la cure d'insuline et c'est là, que s'est amorcée l'amélioration.

L'AMOUR

Une infirmière s'est alors occupée seule de Monsieur Pe ... lui faisant son injection d'insuline, restant près de lui, l'écoutant, lui apportant de quoi manger et boire, afin de faire cesser le malaise hypoglycémique.

Monsieur Pe ... n'a jamais été dangereux pour cette infirmière. Mais elle s'est alors heurtée à la réprobation de ses robustes confrères masculins : "elle en faisait trop, elle le chouchoutait, elle pensait peut-être qu'ils n'étaient pas à la hauteur ...".

Peu à peu, Monsieur Pe ... s'est amélioré, c'est à dire qu'il est devenu plus calme, moins impulsif. La porte de sa chambre a été laissée ouverte, et il a pris ses repas avec les autres malades à la salle à manger.

L'ANGOISSE ET L'IMPUISSANCE

Une fois, Monsieur Pe ... "tranquille", les hommes de l'équipe, tous, le médecin-chef aussi, se sont à nouveau acharnés sur lui.

Monsieur Pe ... présentait en effet, une hydrocèle de la vaginale, qu'on voulait à tout prix lui faire opérer, ce que Monsieur Pe ... refusait énergiquement. (L'interprétation à faire ne pourrait être que grossière, sauvage et inutile).

Devenu de plus en plus supportable au pavillon, Monsieur Pe ... a demandé sa sortie qui lui a été refusée.

Le danger et la peur passés, l'angoisse du pavillon est demeurée. On a découvert alors, que dehors, il n'avait plus rien :

- divorcé et abandonné par ses enfants,
- congédié d'un emploi où il était très spécialisé et très compétant,
- en dépendance extrême avec ses parents, trop terrorisés pour le "reprandre" mais trop fusionnels avec lui pour accepter qu'il vive indépendamment, lui aussi s'y refusait d'ailleurs.

A chaque entretien entre le malade et le médecin-chef il y eut un non-lieu, non accord, non-communication. Monsieur Pe ... retrouvant un peu de son agressivité pour demander sa sortie au médecin-chef qui l'enfermait arbitrairement.

Le médecin-chef exigeant de lui en échange de sa sortie qu'il "avoue" avoir été malade, qu'il se critique ; sa responsabilité, à lui, médecin-chef étant engagée dans cette décision de sortie.

Car le médecin s'angoisse si le malade ne "reconnaît" pas son délire, ne se reconnaît pas comme malade. Il ne reconnaît pas le médecin comme thérapeute et le dépouille donc de sa puissance.

Il apporte encore un mode de pensée, non reconnu par lui comme déficient par rapport au nôtre. Il refuse de se désaliéner, c'est-à-dire de s'aliéner dans notre monde.

EPILOGUE : LA CULPABILITE

J'ai su récemment de ses nouvelles. Il ne demande plus à sortir. Il ne veut plus sortir. On ne peut plus le faire sortir. Qu'est-ce guérir la folie ? Et faut-il vraiment guérir, si "guérir" signifie mort existentielle ?

La peur nous armait de seringues, de courroies, de courant électrique.

L'amélioration de Monsieur Pe ... nous a laissés seuls avec le pouvoir - ou l'impuissance - des mots, seuls avec notre agressivité, culpabilité.

En effet, pendant la peur, nous n'avons pas reconnu notre agressivité : il y avait "nécessité de se défendre", il y avait obligation thérapeutique.

Après la peur, nous avons peut-être compris que le projet initial était d' "abattre" notre malade, plutôt que de le guérir par ce que nous préférons les humbles - polis - soumis - plutôt que les fous qui ressemblent à des rois (de légende).

II - LA MORT DANS LA VIE DU PSYCHOTIQUE.

LE MALADE MENTAL DONNE L'IMAGE D'UN DESTIN.

"Le chasseur, raconte Maldiney, cherche à saisir, à prendre sur le fait, dans l'instant du passage, le moment où le mouvement est bloqué, arrêté, le moment où l'animal culbute, où il est bloqué, dans son mouvement, où il est dans l'inertie ce qui est une image du passage de la vie à la mort. Et bien, c'est sa mort à lui que le chasseur cherche à saisir. Le chasseur à peur de la mort et il cherche justement à la prendre sur le fait, ce qui est le contraire de la comprendre, car prendre est différent de comprendre".

A - La Mort :

1) La mort d'autrui nous fait prendre conscience de notre mortalité :

"elle fait surgir la notion d'une vie, elle le fait en mettant fin à cette vie". (Minkowski) (36).

La marche vers l'avenir, et la marche vers la mort sont toutes différentes.

“L’une c’est ce qu’il y a de grand, d’infini, de positif dans l’avenir, l’autre c’est ce qu’il y a de barré, de limité, de négatif, en elle”.

La mort inconnue mystérieuse, vient se dresser contre une vie, l’interrompre.

- 2) Une idée me paraît essentielle, pour comprendre de quelle mort nous nous angoissons devant le fou :

“D’une part, la mort est intimement liée à la vie, la suit comme une ombre ... Cette mort est une partie intégrante de la vie, nous ne marchons point vers elle, mais c’est elle au contraire qui nous suit pas à pas, en compagnon fidèle, incapable d’inspirer la moindre crainte. C’est par rapport à la vie, la mort immanente. Mais à côté, il y a la mort transitive, celle-ci en force étrangère et hostile, vient du dehors, détruire brutalement notre vie ; elle n’est plus liée du tout à l’épanouissement de la vie, mais au contraire, elle en est la négation, elle inspire la terreur”.
(Minkowski) (36) (37).

C’est cette mort-là, que vit en permanence le psychotique. C’est à cette mort-là de catastrophe, de cauchemar que nous confronte la Folie.

Le “baiser de la Mort”, doux et inéluctable n’est pas pour le Fou.

B - “La folie est le déjà-là de la mort”.

Elle nous parle sans cesse de la mort.

Dans le vécu du psychotique, de désespoir et d’angoisse.

“Le désespoir est la maladie mortelle, ce supplice contradictoire, ce mal du moi : éternellement mourir, mourir sans pourtant mourir, mourir la mort”. (Kierkegaard) (25).

Car mourir veut dire que tout est fini, mais mourir la mort, signifie vivre sa mort, et la vivre un seul instant, c’est la vivre éternellement”.

Certes le désespoir du psychotique tient à ce mourir-continu, ce sentiment d’être mort-dans la vie qui fait l’essentiel du vécu du schizophrène. Mais ne tient-il pas aussi à l’institution, dont le désir est justement qu’il n’y ait plus de désir, plus d’espoir, dans ses murs ?

L’angoisse du psychotique, déjà approchée dans un chapitre précédent est une angoisse de mort, d’une mort immédiatement et tragiquement sentie, une mort de catastrophe, dans une atmosphère de fin de monde.

“tout à coup, la Peur, la Peur terrible, immense m’envahit. Ce n’était pas l’habituelle angoisse de l’irréalité, mais une vraie peur, la peur que l’on ressent à l’approche d’un danger, d’un malheur” dit Renée. (M. A. Sechehaye) (45).

Dans le dire du psychotique : la place de la mort dans le délire :

Le délire schizophrénique nous rend présente la mort du corps, putréfié, morcelé en morceaux inertes dans un monde inerte et minéral. Le corps a perdu sa matérialité, il se dédouble, il perd ses limites, il n'est plus fait d'organes mais de morceaux. Il est transparent et brisable. Il est "immobile dans un fragment d'éternité, un morceau de temps homogène". (Balvet). (4).

Et le délire schizophrénique le dit bien, ce sentiment d'être mort, dans la vie :

"Je ne suis plus vivant, je suis un mort qui erre sur la terre, un mort qui remue".

"Je suis le Christ, me disait Yves C ...", la souffrance des autres est la mienne, je suis en enfer, mon angoisse est horrible car je n'ai plus d'identité, je dois obéir à mes voix. Je suis déjà mort et vous allez constater les signes physiques de ma mort".

Dans l'agir meurtrier ou suicidaire du psychotique.

- le meurtre psychotique est rare. Il nous justifie cependant notre peur du fou.
- l'auto-agressivité et le suicide.
- Anne-Marie V ... a 17 ans. Elle ne possède ni le sourire, ni le langage. Elle n'a que ce cadeau d'une tendresse passagère, lors d'un placement : on l'appelle "Manouche". Manouche angoisse le pavillon : elle frappe le mur avec sa tête "elle fait des trous dans le mur" dit une infirmière. Si on ne la maintient pas, elle continue jusqu'au sang, malgré le sang.
- André M ... a enfoncé un couteau dans son thorax. La lésion n'est pas mortelle. Indifférent, il a dit qu'il recommencerait. Il supporte son corps ravagé, torturé, depuis si longtemps ...
- Madame Le ... allait bien depuis sa sortie de l'hôpital. Son mari ne l'avait jamais vue si bien. La veille, elle avait préparé un bon repas, heureuse de revoir sa fille, placée dans une institution. Le lendemain elle se défenestrait.

"Si je me tue, ce ne sera pas pour me détruire, mais pour me reconstituer".
(Antonin Artaud) (2).

Certes, mais comment la supporter, cette mort, devenue seule possibilité ouverte, avec le poids de notre culpabilité ? Car le suicide psychotique, est aussi suicide pour l'Autre. Nous nous sommes éloignés trop tôt, ou nous sommes partis, faute de n'avoir pas pu accepter la relation fusionnelle duelle nécessaire au malade.

"Nul n'a jamais été seul pour naître, nul non plus n'est seul pour mourir, mais dans le cas du suicide, il faut une armée de mauvais êtres pour décider le corps au geste contre nature, de se priver de sa propre vie, et je crois qu'il y a toujours quelqu'un d'autre à la minute de la mort extrême pour nous dépouiller de notre propre vie".
disait encore, et aussi, A.Artaud dans "Le suicidé et les Autres". (2).

S'agit-il de l'Autre, celui de la relation imaginaire qui se déroule dans une situation duelle, éminemment narcissique, ou de l'Autre, l'élément symbolique, l'élément tiers qui intervient pour rompre une relation imaginaire sans issue ?

L'Autre de l'imaginaire, ou l'Autre de la réalité, ainsi que les distingue Lacan ? Qu'importe, alors ...

C - L'asile qui sait si bien "tenir en couveuse les morts" nous parle de la mort.

- 1) Parce qu'à l'asile, il n'y a pas de projet, d'espoir, de désir, il n'y a rien que l'attente.

Le désir et l'espoir libéreraient de l'étreinte de l'avenir, immédiat, (l'heure de la soupe, l'heure des comprimés, l'heure du coucher ...) feraient pressentir tout ce qu'il peut y avoir dans le monde de bruyant, de changeant, de musical, de parfumé, de coloré, de brillant ...

"Les phénomènes du désir et de l'espoir, représentent dans la charpente générale, de l'avenir vécu, deux des piliers principaux". (Minkowski) (36).

Mais, à l'asile, il ne reste plus que l'attente, que certains remplissent par une activité mécanique : le ménage, les fleurs artificielles, les éponges métalliques, les pinces à linge. Et d'autres ne font qu'attendre, accroupis, ou le nez collé à la vitre.

Avec ce que l'attente a de rétréci, de figé, d'arrêté, et d'angoissé aussi. Dans l'attente, l'avenir est vécu comme hostile, dangereux (et l'avenir, à l'asile, est hostile et dangereux). Alors, l'être se recroqueville, afin "d'exposer le minimum de soi aux heurts de l'ambiance hostile". (36).

- 2) L'asile, en effet, ne reconnaît pas le "corps de plaisir" que S. Leclaire distingue du "corps anatomo-physiologique". (31).

Si l'on regarde, et ce n'est qu'un exemple, ce que l'asile fait de la sexualité, on ne voit qu'une caricature.

Benoît et Deshaies insistent sur le fait que la séparation rigoureuse des hommes et des femmes, la tolérance des activités homosexuelles et masturbatoires, l'interdiction de la sexualité dans l'institution, témoignent d'un effort pour se protéger contre la reproduction d'une race de malades mentaux. (7) (11).

Mais actuellement, l'hôpital psychiatrique, pour gagner des galons, a dû instituer la "Mixité" (un mot bien rugueux pour évoquer un quelconque agrément dans cette rencontre des hommes et des femmes). Les médecins-chefs se sont échangés leurs hommes et leurs femmes. Certains services d'avant-garde ont des activités mixtes, et même des bals (dits bals de la mixité). Bals où l'on danse sous le regard des

infirmiers-gardiens de la vertu, où l'on danse figé par les neuroleptiques, engraisé, mal vêtu, les cheveux coupés avec plus de bonne volonté que de talent. Parfois, même l'Esthétique, a plaqué des masques de pommettes roses et des paupières bleues ou vertes, sur le visage des femmes (heureusement il y a peu de miroirs à l'hôpital psychiatrique, car les schizophrènes ne s'y reconnaissent pas, et les psychiatres risqueraient de s'y noyer). Et quand le bal est fini, qui avait rassemblé quelques hommes et quelques femmes, les danseurs se dispersent et regagnent leurs pavillons. Car l'amour est interdit à l'asile. A moins, que certains, tentent de se retrouver, furtivement, en un quelconque Château d'Eau

Cette crainte de la sexualité des malades mentaux, que nous avons, ne me semble pas relever, uniquement, d'un désir inconscient d'eugénisme.

Nous voyons, dans ces couples de malades, qui tentent de se faire, quelque chose d'ineshétique et même d'indécent ; quelque chose en eux, qui est peut-être de nous ...

Le temps à l'asile, comme le temps de la psychose, est donc figé, homogène, éternel.

(C'est Balvet qui le premier a introduit les pendules au Vinatier !).

Et pour finir, je citerai M. Mannoni : (33)

“Le résigné-guéri n'est plus un existant, c'est un condamné à vivre sa liberté. Il l'a fixée, une fois pour toute dans les limites mêmes de l'asile. De destin, il n'en a plus, c'est l'état de non-désir qui est visé. Par delà son discours, aplati, terne, vide, c'est la mort (la nôtre) que le psychotique nous rend présente”.

Mais peut-être, la mort, la redoutons-nous moins encore que la folie, la nôtre ?

III - PARCE QU'AVEC LE MALADE MENTAL, LE PSYCHIATRE PREND PEUR DE SA PROPRE FOLIE ?

Le malade mental étant mes propres possibilités, dans ce qui est le plus intime en moi, apparaît le visage de l'étranger, de l'autre en moi.

A - Si entre raison et folie, il n'y avait plus de frontière, si dans tout délire il y avait une vérité ...

Tant que la “Raison est raisonnable et la Folie folle”, il ne saurait exister de passage entre l'une et l'autre. (Gillet) (20).

Mais si, au cours d'un effroyable cauchemar, il n'était plus possible de faire ce partage entre “élus et réprouvés, oppresseurs et opprimés, sages et fous”, Raison et Folie perdraient leurs dures frontières, devenues tout à coup floues et mouvantes.

Alors celui qui, comme nous, est sain et normal, perdrait l'orgueilleuse satisfaction qu'il a de sa vie bien menée. Il percevrait, tout comme le psychotique - un

monde différent où les objets auraient perdu leur opacité, leur signification immuable, leur utilité.

Et puisque “percevoir c’est croire à un monde” (35) peut-être ne saurait-il plus à quel monde croire.

Dans le film d’Elia Kazan “L’Arrangement”, (23), nous voyons le héros précipiter en souriant sa voiture contre un camion. Il ne peut être que fou, cet homme pourvu d’une femme bien habillée et irréprochable, d’une maison qui a dû coûter très cher, de plusieurs voitures, d’une “situation” importante.

Puis au cours du film, à mesure que nous faisons, dans le sens inverse, le chemin qu’à suivi le héros, ce monde bascule. Il devient fou, ce monde. Et le héros n’a fait que rompre cet “arrangement” qu’il avait contracté.

- 1) Je raconterai l’histoire d’un homme qui a vécu plusieurs mois à l’hôpital psychiatrique - non parce qu’il délirait - non parce qu’il était éthylique, ou psychopathe, ou dément sénile. Mais son mode de vie, son comportement, son habillement étaient “inadmissibles”, (j’ai entendu ce mot de sa mère), pour sa famille pour le médecin de la famille, et même pour l’équipe soignante qui n’a pas pu s’empêcher de porter le diagnostic de schizophrénie.

Monsieur Pl ... âgé de 45 ans a été appelé, immédiatement “Le Berger”.

Il vivait dehors (le dehors du pavillon c’est-à-dire la cour), torse nu, exposé au soleil, bronzé, (mais pas avec plus de fanatisme que n’importe quel estivant des plages du Midi) lisant “Rustica” ou “Cosmos”, portant un bâton, lorsqu’il se promenait, une cape longue lorsqu’il faisait froid. Il essayait de vivre de cette manière chez ses vieux parents, laissant la fenêtre ouverte sur tous les temps, toutes les saisons, se nourrissant de riz et d’eau du Rhône, refusant boutons et ceintures à ses vêtements. Un essai de vie paysanne avait échoué et les parents douloureux et malades, (le père avait eu un infarctus et la “conduite” de son fils pouvait le tuer, la mère était rhumatisante), réclamaient la normalisation de leur fils mal aimé dès la naissance (bébé, il pesait trop lourd et fatiguait la mère qui avait dû le mettre en nourrice) toujours rejeté, jamais conforme au désir de ses parents.

Après plusieurs mois d’hospitalisation, passés à confirmer le diagnostic invalidant de schizophrène, le Berger a trouvé un travail de berger en Provence ...

Et il ne nous a pas été possible de l’accepter différent de nous.

Bien sûr, c’est d’une certaine manière fuir l’angoisse, que nier la folie, n’en faire que le résultat d’un conflit entre l’individu et la Société. La folie existe, et elle est le plus souvent une souffrance dont beaucoup de malades demandent à être soulagés.

- 2) Mais il faut bien accepter, même si cela dérange, qu’elle est un mode d’être, que le délire est une forme de pensée, que le délire contient une vérité et qu’il nous oblige à une critique du sentiment de réalité (32).

Tout le monde sait bien de quelle perspicacité, de quelle sensibilité, font preuve les psychotiques - pour saisir non la réalité, faite de vérités construites dans l’objectif et la positivité - mais le réel.

L'agressivité, la culpabilité, l'angoisse de l'Autre ne leur échappent jamais.

- a)* Monsieur Ra ... est un schizophrène de 35 ans ; il est amené par sa famille à l'hôpital, après de nombreux séjours dans d'autres établissements. La famille me prévient qu'il délire, il se prend pour un ordinateur, il ne travaille plus, il est ailleurs. Les premiers entretiens sont difficiles car il redoute le contact, et il ne se laisse pas percer à jour. Au cours d'un entretien plus facile (les neuroleptiques aidant, il faut hélas le dire) il a donné un sens à sa maladie, sans probablement cesser de délirer : son enfance a été tragique, sa mère a été hospitalisée pour maladie mentale, il avait 6 ans, et il ne l'a jamais revue, il a vu son père mourir accidentellement sous ses yeux. Ses frères et soeurs l'ont toujours tenu pour le plus fragile, le plus sensible (c'est lui, le dernier de la fratrie, qui a hérité de la maladie de la mère). Mais il faut bien qu'il travaille, qu'il cherche une femme, qu'il se débrouille. Effort démesuré de cohésion, de prise sur la réalité, qu'il ne peut pas assumer longtemps. Il dit alors "ma maladie actuelle, c'est comme la tuberculose que j'ai contractée il y a quelques années, je ne pouvais plus tenir ; d'ailleurs, pour ma famille, il est normal que je sois malade, ils viennent me voir à l'hôpital, c'est quand je vais bien, quand je suis dehors qu'ils s'inquiète".
- b)* Josette A ... refait le trajet quotidien, qui va du lieu de son travail au foyer qui l'héberge. Mais ce jour-là le parcours est terrifiant, "les rues étaient vides" à une heure où la foule devait être nombreuse. Cette jeune fille, malade connue, est réhospitalisée après cette expérience. Bien sûr, au même instant que la jeune fille voyait les rues vides de toute présence humaine, le normal a vu, entendu, frôlé la foule. Mais cette perception délirante n'exprime-t-elle pas une réalité pour la malade : celle de sa solitude, de son dénuement ? Son histoire n'est faite que d'abandons : ses parents ne sont même pas morts, elle n'a pas pu exister pour eux, déjà séparés du monde par leur propre pathologie, et a suivi le cycle des placements, des hospitalisations quand la maladie a éclaté, des essais de réinsertion socio-professionnelle à l'avance compromis par son statut de malade mentale qui perpétue l'isolement. Au cours de cette vie, elle ne possède qu'une valise, celle que je lui ai vue à l'hôpital psychiatrique, qu'elle voulait garder avec elle : tout son bien, toute son histoire. Et son avidité est telle que personne ne voudra et ne pourra jamais la satisfaire. Même en dehors de toute production délirante, le monde est vide pour elle et elle n'y a pas sa place.
- c)* "On m'a stérilisé les ovaires" délirait Mademoiselle M ... à son entrée à l'hôpital. L'église "lui avait volé un précieux ciboire incrusté de pierreries" vase sanctifié ... Son père était un notable d'Ainay. Sa mère toujours malade l'a gardée pour elle, interdisant habilement toute possibilité de mariage. A la mort de ses parents la malade a fait un essai de vie religieuse dans un couvent auquel elle a abandonné la majeure partie de ses biens. Lorsque j'ai rencontré à l'hôpital cette vieille demoiselle préservée de l'habillement des asiles, toujours vêtue de bleu marine et de cols blancs, elle m'a évoqué une vieille jeune

fille, à peine sortie du Pensionnat des Oiseaux, mais déjà très vieille.

Son père, sa mère, le couvent, ne l'avaient-ils pas cloîtrée, castrée, dépouillée de toute possibilité d'exister dans le monde ? Et puis un jour elle a "fugué" du pavillon, essayant peut être enfin de vivre comme une "vieille dame indigne".

"Donc la parole schizophrénique oblige le langage psychiatrique à s'interroger sur lui-même, remettant en question le monde du psychiatre, le monde en général". (Maldiney). (32).

Est-ce dire que le psychiatre, devra être avec son fou "un aventurier, un argonaute du monde intérieur" ?

Jusqu'où pourra-t'il aller avec son malade, sans se sentir lui-même menacé ?

B - Le malade par son histoire peut faire revivre au psychiatre sa propre tragédie.

Il faut trouver le sens du passé amené par le malade. Mais, nous ne pouvons, souvent, le donner qu'en fonction de notre propre histoire. Et lorsqu'il sera découvert, nous pourrions reconnaître, et toujours avec angoisse, le sens de notre passé. A moins que le malade ne le reconnaisse avant nous ...

La tragédie du psychiatre a pu motiver le choix du métier psychiatrique. Et s'il n'est pas analysé, le psychiatre risquera d'identifier le malade à l'un des acteurs du drame qu'il a vécu ou qu'il vit encore, lui-même ou l'Autre.

Il s'enferme ainsi, avec son malade, dans une relation duelle, imaginaire, à l'autre. Et s'il n'en a pas conscience, il risque de s'aliéner dans cette fusion, angoissant du même coup son malade.

C'est pourquoi j'aime ce que dit Resnik de l'analyse :

"Il faut avoir une expérience analytique pour savoir ne pas être analyste".

Ayant découvert avec son malade, sa propre tragédie, le psychiatre se sentira échappé de justesse à la folie. Cela grâce à des conditions socio-matérielles plus favorables, facteurs extérieurs et contingents. Et parfois, grâce à son métier lui-même. Métier qui lui permettra de combler "l'espace vide" qu'on ne peut laisser l'épreuve de la castration mal surmontée, ou même, plus gravement le "défaut fondamental".

"Ce que l'on découvre dans la folie, est d'une certaine façon déjà dans l'inconscient de chacun et les fous ont simplement échoué dans une lutte qui est la même pour tous et que nous avons tous à mener sans cesse". (Mannoni). (33).

C - Au sein de la relation fusionnelle duelle nécessaire au psychotique, l'identité du médecin peut être menacée.

Tant il est vrai que le problème de la folie est inséparable de la question posée par l'homme sur son identité.

- 1) La relation au niveau du “défaut fondamental” : (3) (c’est Balint qui utilise ce terme). Et bien qu’il se place dans une situation analytique, c’est-à-dire au sein d’une relation d’objet, les caractéristiques de cette relation me semblent nécessaires, à connaître, afin de mieux comprendre ce qui se passe dans une relation suivie avec le psychotique.

Au niveau du défaut fondamental :

- “tous les événements qui s’y produisent appartiennent à une relation exclusivement à deux personnes.
- cette relation à deux personnes est d’une nature particulière et diffère totalement des relations humaines qui nous sont familières au niveau oedipien.
- la force dynamique qui opère à ce niveau n’est pas de l’ordre du conflit.
- le conflit adulte est souvent inutile ou trompeur pour décrire les phénomènes qui surviennent à ce niveau, parce que les mots n’y ont pas toujours leur sens conventionnel”.

Le patient au niveau du défaut fondamental exige que son partenaire soit constamment en accord avec lui, tant il est vrai que le schizophrène a un besoin immense d’une relation harmonieuse.

Dans cette relation, le psychotique fait preuve d’un génie inquiétant qui lui donne le pouvoir de comprendre les motivations de son thérapeute et d’interpréter son comportement.

Il pourra imputer à son partenaire des sentiments mauvais, ce qu’il faudrait savoir accepter et même reconnaître.

Prendre les désirs du malade pour des besoins, reconnaître et accepter la haine et la crainte que l’on a pour le malade, déjà découvertes par lui, supporter cette relation fusionnelle sans aliéner sa propre identité. Voici la presque insurmontable difficulté d’une relation avec le psychotique, pour le thérapeute non analysé.

- 2) Le danger de la relation fusionnelle duelle, ou pour voler ce titre à Basaglia (5) : “Corps - regard - silence - l’énigme de la subjectivité en psychiatrie”.

“Le corps est un objet appartenant à la fois au monde extérieur et au monde intérieur. Il est l’enveloppe qui réunit et sépare en même temps le Moi du monde ambiant”. (Freud).

Le choix du corps, de la facticité, permet de distinguer le possible du réel, il est une condition nécessaire à mon action.

Pour que le corps puisse communiquer avec les choses, il ne faut pas qu’il soit opprimé par elles, sinon il serait enfermé en elles, il s’identifierait à elles.

La dépersonnalisé, lui, a perdu le sentiment d’appartenance au moi, ce que Sartre appelle sa “Moitié”. Il a perdu l’image de son corps. Son corps est morcelé et autrui est un objet quelconque dans son monde, objet qui peut être un morceau du corps indifférencié

du psychotique.

Et le moi désincarné, devient alors fragile et transparent au regard d'autrui qui peut l'anéantir.

“en présence du regard d'autrui, je ne note pas les yeux qui me regardent, mais je vis seulement mon être vulnérable, mon être découvert, exposé, démasqué”. (Sartre) (42).

Car le regard d'autrui embrasse mon corps. Mon corps lui est connu comme je ne le connaîtrai jamais. Il détient le secret de ce que je suis.

Dans cette relation avec le psychotique, le corps et le regard tiennent la scène bien plus que la parole. Et c'est un facteur supplémentaire d'angoisse, de découvrir que la parole, née parfois d'une "confusion de langues" n'a plus valeur de communication dans son contenu. (Si elle en a une c'est parce qu'elle est produite par le corps, et parce que sa "mélodie" renseigne immédiatement sur le sentiment de l'un pour l'Autre).

La relation fusionnelle au psychotique suppose donc de savoir supporter le silence.

Le médecin, avec le psychotique, risque donc de ne pas saisir en lui-même sa propre altérité. Son identité est alors menacée.

Il s'aliène au risque d'une plus grande angoisse chez son malade.

“Mon corps, doit conserver son unicité et ne peut pas être oppressé par les choses s'il veut communiquer avec elles ; autrement il se trouverait emprisonné dans celles-ci et s'identifierait à elles.

La possibilité de communiquer, de constituer une modalité d'altérité, de créer un dialogue, présuppose une spatialité distancée, un silence d'où puisse naître la parole, un regard d'où puisse naître la vision. Cependant, cette distance peut se restreindre ou s'élargir si l'individu n'accepte pas sa factivité, s'il ne réussit pas à mettre une distance entre lui et son corps, entre son corps et autrui, s'il ne sait pas saisir en lui sa propre altérité, la distance est annulée et il s'aliène”. (Basaglia) (5).

et *“le langage du psychotique ne naît pas d'un silence-distance où il aurait pu s'emparer de lui-même et s'opposer au monde : les autres l'ont dérobé à son insu, l'ont pillé en s'emparant de son image, en le volant à lui-même, sans lui laisser la liberté de se constituer comme 'objet.*

Cela signifie que le patient ne peut pas vivre le regard d'autrui comme une possibilité d'être objet pour autrui, tout en conservant en lui-même la possibilité de sa propre altérité”. (Basaglia) (5).

La difficulté, donc, de la relation avec le psychotique est immense : ne pas le détruire de son regard et ne pas être détruit par son regard si notre corps perd à son tour sa dureté, son impénétrabilité, ses limites. Ne pas laisser, s'installer une parole qui n'a plus valeur de communication. Ne pas s'aliéner avec le psychotique, ne pas s'éloigner non plus.

Il faut savoir aussi, que *“La Folie sous son masque le plus impénétrable nous renvoie alors à ce qui, de nous est aliénable, mais aussi, à ce qui en nous demeure comme noyau inanaly-sable. C’est avec ce noyau que nous sommes aux prises lorsque notre interrogation sur l’au-tre se porte”*. (Mannoni) (33).

Il faut donc savoir accepter la part d’inexplicable qui est en lui (le psychotique) en moi (le psychiatre). Seule manière de ne pas le chosifier, lui, le psychotique.

IV- IMPUISSANCE - CULPABILITE - BLESSURE NARCISSIQUE.

A - Le psychiatre et son impuissance.

Plus que tout autre médecin, peut-être, le psychiatre est sans cesse confronté avec son impuissance.

Il y a des malades sortis-rechutés-hospitalisés, qui gardent vivant leur symptôme.

Il y a les chroniqués-résignés-adaptés, qui ne font que vivre à l’asile une mort existen-tielle.

Il y a ceux qui souffrent et qui demandent à être soulagés (mais la folie ne se laisse pas si facilement soigner et guérir ; le groupe social qui gravite autour du fou n’aimera pas toujours laisser la folie guérir ; si le fou est le symptôme nécessaire à la pathologie de la famille, de son groupe ; et supprimer le symptôme c’est alors menacer la famille, le groupe).

Il y a ceux qui tuent ou qui se suicident.

Et tous mettent le psychiatre face à son impuissance à “guérir”. Le psychiatre ne peut pas compter ses succès, ses guérisons. Il ne sait même pas ce qu’est guérir, et s’il faut guérir, s’il faut ou non laisser le psychotique avec sa maladie, avec son angoisse.

André C ... avait 30 ans. Jeune, mais déjà schizophrène hospitalisé depuis longtemps. Il recevait un peu de Largactil, n’était jamais vu au pavillon en dehors des heures de repas, du moment du coucher.

Il passait sa vie à promener son angoisse dans les allées de l’hôpital, à se rouler dans l’herbe, parfois même à se baigner tout habillé dans un quelconque bassin, destiné à être élément décoratif et interdit comme piscine.

Puis il a été trop vu aux alentours des bâtiments administratifs. Bien sûr, il avait l’air très fou avec ses vêtements d’asile, ses cheveux en liberté, ses yeux brûlants de délire et d’angoisse.

L’administration demanda au médecin-chef qu’on le vît moins. Le médecin-chef a pensé, et il avait raison, qu’elle lui demandait de le soigner, qu’elle lui signifiait par là qu’il n’était pas suffisamment aimé et pris en charge par le pavillon.

Mais ne lui demandait-elle pas aussi de débarrasser l’entrée de l’hôpital d’un fou trop fou, trop voyant, gesticulant, au rire discordant ?

Le médecin-chef a tenté de soigner André avec un nouveau neuroleptique (il en avait déjà tant eu ...) André n'a plus essayé de sortir. En quelques jours, il devenu pâle, figé, confus (à tel point que les infirmiers craignaient sa mort prochaine). Puis brutalement, en quelques heures, il est mort, alors que la décision venait d'être prise de l'envoyer au centre de réanimation respiratoire. Les tentatives de réanimation, désespérées et inefficaces auxquelles a participé toute l'équipe soignante angoissée et coupable, ont échoué. André est mort, nous laissant avec notre intolérable angoisse, notre intolérable culpabilité. La "faute" a été projetée sur le médecin-chef, sur l'interne, (qui, il est vrai, n'avaient jamais eu l'intuition de la mort prochaine d'André) sur tel ou tel infirmier, puis enfin sur le "nouveau médicament". Syndrome malin des neuroleptiques, ou affection organique intercurrente ? Hypothèses soulevées à juste titre probablement ...

Les jours qui précédèrent sa mort, André tournait dans le pavillon, se heurtant sans cesse aux mêmes murs, aux mêmes personnes qu'il saluait indéfiniment, cherchant à dire quelque chose, puis repartant, pour revenir et repartir encore. Tellement prisonnier et emmuré qu'il n'a jamais franchi la porte pourtant laissée ouverte.

Peut-être fallait-il le laisser avec sa folie, avec son angoisse ? Peut-être fallait-il éviter d'avoir un désir pour lui ?

"Il existe toujours un doute sur la possibilité d'une compréhension effective (des expériences délirantes du malade) : sous la même étiquette en fait sont comprises des expériences radicalement différentes : celle du psychiatre, rationnelle et culturelle, celle du malade, immédiate, bouleversante, personnelle".
(Callieri-Frighi) (9).

Notre impuissance à comprendre André, notre impossibilité de le guérir de cette folie qu'il manifestait, notre impossibilité même de le réanimer, de lui sauver la vie (car le psychiatre ne sait guère la médecine, reproche que ses confrères lui font souvent, et qui l'isole des autres médecins) nous entraînent la culpabilité, la blessure narcissique, importants facteurs pour comprendre l'angoisse qui nous saisit devant l'échec, l'impuissance à guérir.

B - Le psychiatre et sa culpabilité :

D'après Mélanie Klein, l'angoisse et la culpabilité du jeune enfant, naissent de l'agressivité morcelante qui se développe dans ses fantasmes. (26).

On ne peut séparer la culpabilité de la "conscience morale" liée à l'ambivalence affective (Lebovici) (30).

L'un des deux termes de cette ambivalence étant profondément méconnu, ne vivant qu'à l'état inconscient : c'est l'agressivité, le désir de transgression.

Freud décrit la conscience morale comme une "conscience angoissante". Dans la conscience morale il y a quelque chose d'inconnu et d'inconscient, à savoir les raisons du refoulement et de la répudiation de certains désirs.

“Toutes les fois qu’il y a prohibition, elle a du être modifiée par un désir, par une convoitise inavouée et inconsciente. Nous admettons que cette tendance à tuer existe réellement dans l’inconscient et que le tabou comme le commandement moral, loin d’être superflu, s’explique et se justifie par une attitude ambivalente à l’égard de l’impulsion au meurtre”. (19).

Sous le double principe du plaisir et de la mort nous sommes conduits à valoriser la négation de cette dernière qui est pourtant la réalité à laquelle notre culpabilité inconsciente nous commande de faire face, en la niant, car elle nous fait horreur (Lebovici) (30).

La haine, l’agressivité, le désir de meurtre pour le malade, sont à l’origine de notre culpabilité, culpabilité qui est réactivée lorsque notre projet thérapeutique a échoué.

Amour et Haine, culpabilité, et agressivité, plaisir et réalité, de cette éternelle ambivalence surgit l’angoisse, et surtout si le désir inconscient de mort s’est réalisé.

C - Le psychiatre et son narcissisme :

L’impuissance nous fait perdre l’estime, l’amour de nous-même. Elle fait perdre l’amour du malade, à moins qu’elle ne l’ait fait mourir. Elle fait perdre l’amour des autres. Pourtant le Moi narcissique veut être aimé pour lui, et non pour ses mérites (Grünberger) (21).

L’impuissance et la culpabilité nous ramènent au souvenir et au regret d’un état privilégié de complétude et de toute puissance, d’immortalité et d’invulnérabilité. Elles nous font perdre la fierté, l’illusion mégalomaniaque de notre valeur. Elles marquent la rupture d’une relation objectale et d’un lien fusionnel au malade.

L’impuissance entraîne une “blessure narcissique infligée au Moi par un Idéal du Moi déçu”. (Grünberger) (21).

“Outre son côté individuel, cet Idéal a un côté social, c’est également l’idéal commun d’une famille, d’une classe, d’une nation”. (Freud) (18).

L’homme ne peut se passer de la perfection narcissique de son enfance par laquelle il était magiquement tout-puissant, immortel, infini et invulnérable.

Or, l’impuissance dépouille le médecin.

S’il ne peut guérir que lui reste-t’il ?

Et voilà remise en cause une vocation d’altruisme, inutile, voire dangereuse.

Elle confronte à des difficultés plus relationnelles, qu’intellectuelles ou scientifiques.

Car tout, hélas, ne s’apprend pas dans les livres.

Beaucoup de choses y sont écrites, mais il y a toujours un instant, entre l’homme psychotique et l’homme médecin, dont le livre ne parle pas, une situation singulière que le livre ne décrit pas et pour laquelle il ne donne pas la “conduite à tenir”.

L’impuissance nous révèle un manque, un espace vide à combler et qui ne pourra jamais l’être, une impossibilité à communiquer parfaitement, totalement, avec autrui, quête permanente et toujours insatisfaite ...

L’échec toujours, entame ne serait-ce qu’un instant, notre narcissisme. Un instant seule-

ment, car le psychiatre a toujours beaucoup de ressources pour se justifier, devant les autres, et devant lui-même : l'incurabilité de la folie, la bêtise des infirmiers, le mauvais vouloir de la famille, la décadence bourgeoise de la Société, ou le vent contestataire issu des "Evenements de Mai".

L'impuissance révèle au médecin une angoisse de l'absurde, "*l'angoisse de perdre sa préoccupation ultime qui donne sens à tous les sens*". (Tillich) (47).

V - SOCIATRE ET FLICIATRE

Le psychiatre doit rendre des comptes à la Société, qui l'emploie et le paie.

"Le médecin n'est pas libre, il est prisonnier de la représentation collective du fou, conçu comme être dangereux.

En temps que psychiatre, il est chargé, tantôt de débarasser une famille intolérante, d'un patient qui l'effraie et quelque fois sans raison, tantôt de collaborer avec une police qui ne saurait tolérer le désordre.

Il tombe au service d'une société qui s'est défendue contre le malade mental et cherche à l'exclure.

Le rapport établi avec la maladie mentale est un rapport qui amène à l'objectivation du fou, objectivation dans laquelle on l'abandonne". (Mannoni) (33).

Car le psychiatre porte l'institution en lui.

J'ai critiqué l'asile, j'en ai fait un lieu de désespoir, de tristesse, de silence de mort, un lieu où il ne reste plus qu'à attendre.

Mais de l'institution, le psychiatre fait partie. Il en est le complice. C'est grâce à lui, aussi, qu'elle survit.

Le psychiatre signe les certificats, c'est à sa demande qu'un placement d'office est fait, qu'il est déclaré justifié ou injustifié.

Il "signe" pour que l'on puisse sortir, aller en permission, avoir des médicaments, avoir de la nourriture meilleure. Le psychiatre est aussi dans certains cas l'expert commis par la justice pour confirmer ou infirmer le diagnostic de folie, pour décider de la responsabilité ou non responsabilité. Et la décision est alors lourde à prendre lorsqu'on sait qu'elle entraînera l'emprisonnement ou l'internement.

Que l'une de ces décisions soit à l'origine d'un drame et on lira dans les journaux :

"un forcené qu'on avait libéré (!)".

De plus le psychiatre, comme son malade est aliéné dans l'institution. Lui aussi est nourri et logé à l'asile, maintenu dans cette dépendance matérielle à l'administration qui l'emploie.

Erik Porge (39) à propos de l'affaire de la Prison de Toul insiste, à propos du psychiatre sur "d'une part, son ambiguïté : mi-soignant, mi-magistrat, d'autre part, sur la caution que son seul titre apporte à des pratiques scandaleuses. Il doit soigner sans s'interroger sur l'origine de la demande et quelle position alors il occupe".

Le médecin qui essaie de comprendre le sens de la folie, et de désaliéner, un peu, son malade est traité de "sociâtre" par une presse pourtant respectée, qui ne fait que représenter la

Société (bourgeoise) qui le paie et exige aussi de lui qu'il aide à maintenir l'ordre (Société bourgeoise dont le plus souvent il est issu, et s'il ne l'est pas, son titre de médecin l'y intègre qu'il le veuille ou non).

Mais on l'appelle aussi "fliciâtre" du côté de l'asile, du côté du fou encore maintenu et opprimé par lui.

"Les clefs dans une main, le drapeau rouge dans l'autre" telle est sa contradiction, son ambivalence, bien lourdes à supporter, bien angoissantes, si elles lui viennent à la conscience (ce qui, heureusement pour "eux" n'est pas toujours le cas).



CONCLUSIONS

DE LA NECESSITE DE GUERIR LE PSYCHIATRE DE SON ANGOISSE.

De ces pages, on peut conclure que l'angoisse se laisse difficilement approcher par celui qui ignore presque tout de la philosophie, de la psychanalyse, de la psychiatrie même.

On peut encore, pour conclure, se demander s'il faut répondre à la question trop souvent posée et mal posée : "un bon psychiatre, doit-il ou non, être angoissé avec son malade ?".

La rencontre du médecin et du psychotique tentera de se faire dans l'institution, ultime aboutissant de la folie. On y confiera là, au psychiatre, en dernier recours, ce qu'il y a d'inexplicable dans l'être - malade.

L'institution fera tout alors pour maintenir le silence - un silence de mort pourrait-t-on dire - seulement brisé par le carillon de la chapelle qui sonne éternellement les heures, car il n'y a ni naissances, ni mariages pour les fous à l'hôpital psychiatrique. Il fut rompu réellement par des inscriptions "scandaleuses" sur le gris des murs, inscriptions vite effacées, silence vite retombé. Car l'institution n'est pas un lieu de parole, ni pour les fous, ni pour les soignants.

Certes, on y parle mais pour combler le silence, non pour se comprendre et se rencontrer, non pour communiquer.

J'ai dit dans ces pages, que ce silence à tout prix naissait de l'angoisse que le psychotique nous donne. Angoisse qui parfois même révèle au médecin qu'il est devant, ou plutôt avec, un psychotique, bien avant que son savoir nosographique ne le lui apprenne.

Car la folie nous interpelle sans cesse, le fou étant d'une certaine manière cet autre en nous que nous ne voulons pas connaître.

Il nous parle sans cesse de la mort.

Il nous menace non seulement dans notre corps mais dans notre identité. Il nous confronte à notre impuissance, il nous rappelle l'insurmontable contradiction de notre fonction.

Il faut répondre enfin à la question posée. L'angoisse est dangereuse, elle perpétue la violence exercée sur le malade, elle empêche le progrès de la psychiatrie. Le malade a besoin de trouver en son psychiatre, un homme apaisant.

Mais le psychiatre, fût-il analysé, demeure vulnérable, et il doit connaître ce qui en lui

est fragile. Il doit connaître et accepter la haine et l'angoisse qu'il a toujours, d'une certaine manière, pour son malade, afin qu'elles ne déterminent pas ce qu'il lui fera :

“Rien d'inquiétant plus que l'homme ne se soulève” dit Sophocle.

Tout homme est inquiétant pour l'Autre et ne pas être inquiété par le psychotique c'est lui refuser sa subjectivité, son humanité.

Reconnaître son angoisse, afin de l'accepter et de la contenir mais sans la fuir, c'est reconnaître le sens de la folie, c'est prendre conscience qu'elle est une possibilité toujours ouverte, à laquelle nul ne peut être sûr d'échapper.

☆ ★ ☆

VU, le Directeur de l'UER Alexis Carrel

Le Président de la Thèse

C. GIROD

P. GIRARD

VU et permis d'imprimer
LYON, le 13 Avril 1972.

Le Premier Vice-Président
Président du Comité de Coordination Médicale.

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - **AJURIAGUERRA J. de**
Manuel de Psychiatrie de l'Enfant.
- 2 - **ARTAUD A.**
Oeuvres complètes.
- 3 - **BALINT M.**
Le Défaut Fondamental.
- 4 - **BALVET P.**
Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde.
Lyon 1936.
- 5 - **BASAGLIA F.**
Corps, Regard, Silence, l'énigme de la subjectivité en psychiatrie.
Evolution psychiatrique 1965.
- 6 - **BINSWANGER L.**
Discours, Parcours et Freud.
- 7 - **BENOIT G.**
Réflexion sur la procréation des malades mentaux.
Information psychiatrique 1966.
- 8 - **BONNAFE L.**
Le personnage du psychiatre.
Evolution psychiatrique 1948.
- 9 - **CALLIERI et FRIGHI**
La rencontre du psychiatre avec le monde psychotique.
Evolution psychiatrique 1965.

- 10 - **COOPER D.**
Psychiatrie et antipsychiatrie.
- 11 - **DESHAIES G.**
Positions et perspectives psychiatriques en matière de procréation.
Information psychiatrique 1966.
- 12 - **DOLTO F.**
Le cas Dominique.
- 13 - **EY H.**
Manuel de psychiatrie.
- 14 - **FOUCAULT M.**
Histoire de la folie à l'âge classique.
- 15 - **FREUD S.**
Inhibition, Symptôme et Angoisse.
- 16 - **FREUD S.**
Métabychologie.
- 17 - **FREUD S.**
Nouvelles conférences sur la psychanalyse.
- 18 - **FREUD S.**
Pour introduire le narcissisme dans "La vie sexuelle".
- 19 - **FREUD S.**
Totem et Tabou.
- 20 - **GILLET M.**
Considérations sur la persistance d'une réalité asilaire au sein de l'hôpital psychiatrique. A propos de 34 observations. Lyon, Thèse 1968.
- 21 - **GRUNBERGER B.**
Le Narcissisme.
- 22 - **JACCARD R.**
La pulsion de mort chez Mélanie Klein.
- 23 - **KAZAN E.**
L'arrangement.

- 24 - **KIERKEGAARD S.**
Le concept de l'angoisse.
- 25 - **KIERKEGAARD S.**
Le traité du désespoir.
- 26 - **KLEIN M.**
Essais de psychanalyse.
- 27 - **LACAN J.**
Ecrits.
- 28 - **LAING R.**
Le Moi divisé.
- 29 - **LAING R.**
La politique de l'expérience.
- 30 - **LEBOVICI S.**
Les sentiments de culpabilité chez l'enfant et l'adulte.
- 31 - **LECLAIRE S.**
Démasquer le réel.
- 32 - **MALDINEY**
Cours de psychologie générale. 1968.
- 33 - **MANNONI M.**
Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse.
- 34 - **MANNONI M.**
L'enfant, sa maladie, et les autres.
- 35 - **MERLEAU-PONTY P.**
Phénoménologie de la perception.
- 36 - **MINKOWSKI E.**
Le temps vécu.
- 37 - **MINKOWSKI E.**
Traité de psychopathologie.

- 38 - **PANKOW G.**
L'homme et sa psychose.
- 39 - **PORGE E.**
Article paru dans "le Monde".
- 40 - **RACAMIER P.C.**
Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique.
- 41 - **REBATEL N.**
L'infirmier de nuit à l'hôpital psychiatrique (essai de compréhension du rôle et du vécu) Thèse Lyon 1971.
- 42 - **SARTRE J.P.**
L'Etre et le Néant.
- 43 - **SARTRE J.P.**
L'existentialisme et un humanisme.
- 44 - **SARTRE J.P.**
L'imaginaire.
- 45 - **SECHEHAYE M.A.**
Journal d'une schizophrène.
- 46 - **SECHEHAYE M.A.**
Le Moi schizophrénique.
Evolution psychiatrique 1965.
- 47 - **TILLICH P.**
Le courage d'être.
- 48 - **VERMOREL**
Politique de secteur et psychothérapie institutionnelle.
Information psychiatrique, 1968.
- 49 - **WINNICOT D.W.**
De la pédiatrie à la psychanalyse.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

L'OBJET DE LA THESE	1
LE MEDECIN ET LE MALADE EN SITUATION A L'HOPITAL PSYCHIA- TRIQUE ou LE MONDE DE LA RENCONTRE	3
I - L'institution	4
II - Le Fou	5
L'IMPAVIDITE ET LES TENTATIVES DE FUITE DE L'ANGOISSE	12
I - L'impavidité	13
II - On pourrait fuir l'angoisse sur le mode paranoïaque et le mode sadique	13
III- On peut encore fuir l'angoisse dans un moment maniaque	14
IV- La paraphrase de la psychiatrie	14
V - Rejeter la responsabilité entière de la folie sur la Société c'est peut-être encore fuir l'angoisse	15
VI- Enfin le médicament vient toujours au secours du soignant	15
LA NATURE DE L'ANGOISSE (S'IL ETAIT POSSIBLE DE LA COMPRENDRE)	16
I - L'angoisse est liée fondamentalement au mode d'existence humain, elle est par là toujours et avant tout, angoisse de mort	17
II - Les différents types d'angoisse	18
L'ANGOISSE ET LE PSYCHIATRE	25
I - La peur	26
II - La mort dans la vie du psychotique. Le malade mental donne l'image d'un destin	28
III- Parce qu'avec le malade mental, le psychiatre prend peur de sa propre folie	32
IV- Impuissance - Culpabilité - Blessure narcissique	38

V - Sociâtre et Fliciâtre	41
---------------------------------	----

CONCLUSIONS

DE LA NECESSITE DE GUERIR LE PSYCHIATRE DE SON ANGOISSE	43
--	----

BIBLIOGRAPHIE

